Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr 16 18 kwietnia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr E. GODLEWSKI. Kraków.
Prof. Dr K. MAJEWSKI.

Klęska grożąca z powodu ogromnego rozszerzania epidemii jaglicy.

Konieczność pomocy państwowej w jej energiczniejszym zwalczaniu.

Jaglica, istniejąca w Polsce od bardzo długiego czasu, w ostatnich dwóch dziesiątkach lat zwiększyła się do rozmiarów katastrofy. Złożyły się na to, jak zwykle przy epidemiach, duże ruchy ludności w czasie wojny, a po wojnie także repatriacja tysięcy ludzi z Rosji do Polski. Jaglica, jak wiadomo, jest chorobą zakaźną przewlekłą, zaliczoną do tzw. chorób społecznych. Pisząc w lekarskim piśmie, nie potrzebujemy charakteryzować bliżej ogromu tego nieszczęścia, które spotyka człowieka zakażonego.

Towarzystwo Okulistów Polskich zorganizowało w dniu 8 grudnia 1936 r. Zjazd w Warszawie członków sekcji jagliczej, który odbył się z udziałem przeszło 100 okulistów polskich i przez cały dzień odbywały się interesujące dyskusje.

Przede wszystkim stwierdzono na podstawie urzędowych danych, że liczba chorych na jaglicę w Polsce przekracza już pół miliona. Rozprzestrzeniona jest jaglica nie tylko na kresach, ale np. szeroko w województwie łódzkim, na Podkarpaciu, na Pomorzu itd. Dziś już stwierdzić trzeba, że mamy do czynienia z bardzo poważnie grożącą Polsce epidemią, że ratunek jest niezmiernie potrzebny, że obecna akcja jest za mała i nie odpowiadająca rozmiarom już dziś srożącej się epidemii. Ze sprawozdania, które przedłożyli przedstawiciele Państwowej Służby Zdrowia widać, że metody, których w Polsce się używa do walki z jaglicą, niewątpliwie są celowe i dobrze dobrane, ale wobec natężenia epidemii cała akcja jest bezwarunkowo za słaba, środki, którymi nasza służba zdrowia dysponuje, są stanowczo nie wystarczające. Przy ocenie całej pracy w celu stłumienia takiej epidemii, jaką jest jaglica, która, jak wiadomo, jest chorobą uporczywą, leczy się długo i niejednokrotnie znów powraca, musi o to chodzić, żeby liczba wyleczonych była większa, aniżeli w tym samym czasie liczba nowych zakażeń. Oczywiście im więcej jest w kraju chorych, z których każdy może być ogniskiem nowego zakażenia, tym więcej musi być warsztatów pracy do zwalczania tej epidemicznej choroby.

Dyskusja obszerna, która toczyła się na Zjeździe, jakie stanowisko powinno być zajęte wobec tej grożącej katastrofy, doprowadziła do następujących rezolucyj:

„I. *Dotychczasowe środki,* przeznaczone na zwalczanie jaglicy, wobec znacznego rozpowszechnienia tej choroby w kraju, według danych urzędowych około 500.000 chorych, są niedostateczne, a nadto ludność nie posiada dostatecznej pomocy okulistycznej. Zachodzi konieczność wydatnego powiększenia kredytów w budżetach państwowych i samorządowych oraz ubezpieczalni społecznych na zwalczanie jaglicy i zapobieganie ślepocie. Walka z jaglicą prowadzona jest dwiema metodami: 1) przez przychodnie przeciwjaglicze i 2) przez zakłady zamknięte dla dorosłych i dla dzieci.

II. *Co do przychodni:*

Liczba przychodni przeciwjaglicznych dla udzielania pomocy leczniczej osobom chorym i zagrożonym jaglicą na miejscu jest niedostateczna i powinna być wydatnie powiększona.

Co do zakładów zamkniętych:

III. *Dla dorosłych.* Przy klinikach okulistycznych i szpitalach z oddziałami ocznymi powinny być zorganizowane schroniska dla umożliwienia leczenia się chorym jaglicznym i ocznym z prowincji.

IV. *Dla dzieci.* Zakład jagliczy Uniwersytetu Jagiellońskiego w Witkowicach powinien być wykorzystany w większym zakresie do zwalczania jaglicy u dzieci. W szczególności do Zakładu tego powinny być odstawiane:

a) dzieci z ciężką postacią jaglicy i powikłaniami,

b) dzieci, których rodzice mieszkają daleko od przychodni jaglicznych,

c) dzieci z zakładów opiekuńczych.

V. *Ubezpieczalnie Społeczne* i inne instytucje lecznictwa zbiorowego nie powinny w stosunku do chorych jaglicznych stosować ograniczeń co do czasu leczenia.

VI. *Organizacje przysposobienia wojskowego* powinny wydatnio współdziałać w akcji zwalczania jaglicy przez przymusowe leczenie chorych przedpoborowych. Chorzy na jaglicę nie powinni być od razu zwalniani ze służby wojskowej, lecz wcielani do specjalnych kompanij jaglicznych, bądź też urlopowani z obowiązkiem przymusowego leczenia się.

Prof. Dr J. Lauber, przewodn. Tow. Polskich Okulistów".
Prof. Dr E. Godlewski, przewodn. posiedz.

W dotychczasowej akcji główny nacisk położony był na przychodnie rozmieszczone w kraju, w których chorzy jagliczy leczą się, przychodząc codziennie na wizyty lekarskie. Ale liczba przychodni czynnych w Polsce przy tym rozprzestrzenieniu choroby jest nie wystarczająca. Według danych urzędowych liczba chorych, zostających pod opieką tych przychodni, wynosi około 110.000 ludzi. A chorych jest 500.000. Przypuśćmy, że liczba tych, którzy się leczą prywatnie albo z pomocą ubezpieczalni lub ambulatoriów szpitalnych wynosi około 40.000, to wypada, że około 350.000 chorych na jaglicę jest zupełnie bez opieki, choroba może się u nich dalej rozwijać, a oni nadal szerzą epidemię. Z przytoczonych cyfr wynika, że liczba przychodni powinna być prawie trzykrotnie zwiększona. Jeżeli jest za mało wykształconych w tym kierunku lekarzy, to trzeba częściej organizować kursy dokształcające dla ich przygotowania, a przede wszystkim zwiększyć środki na walkę z jaglicą. Nie powinno się za szeroko posługiwać lekarzami nie dokształconymi w tym kierunku, tym mniej nauczycielami wiejskimi, zakonnicami, niewykwalifikowanymi pielęgniarkami a jeśli to konieczne, to powinno to być pod ścisłą kontrolą wyszkolonych lekarzy. Tu chodzi o rzecz niesłychanie poważną, gdy jest mowa o możliwości utraty wzroku, a nie znający się na tym mogą „lecząc" dopomóc niesłychanie do tego nieszczęścia, jakim jest ociemnienie.

Zjazd Okulistów stwierdził, że samymi przychodniami nie da się leczyć wszystkich przypadków i że część ich — szczególnie ciężka jaglica z powikłaniami — powinna być leczona w szpitalach, klinikach lub w ogóle w zakładach zamkniętych. W przychodniach zasadniczo pracują lekarze przeszkoleni w leczeniu zwykłej jaglicy, ale rzadko okuliści. Tymczasem leczenie jaglicy prawdziwie ciężkiej, uporczywej lub powikłanej (np. z zołzami) powinno być w rękach wyspecjalizowanych okulistów i prowadzone ze szczególną starannością, z zastosowaniem nieraz zabiegów, których przeciętny lekarz nie-okulista nie może wykonywać z pożytkiem dla chorego. Do Zakładu Leczniczego dla dzieci jaglicznych w Witkowicach przesyłane są nieraz dzieci, które przez długi czas leczone były w przychodniach przez lekarzy nie-okulistów, przez pielęgniarki, wychowawczynie i zakonnice. W szeregu przypadków trzeba się dużo napracować, ażeby odrobić to zło, które takim pseudoleczeniem wyrządzono choremu.

Szpitale i kliniki mają zwykle oddziały oczne, prowadzone przez okulistów. Szpitale te przyjmują przede wszystkim dorosłych. Ale korzystać z nich w dzisiejszych warunkach rzadko mogą chorzy na jaglicę, która jest przede wszystkim chorobą biednych, a taksy szpitalne wynoszą u nas od 5.60—8 zł i wyżej. Uważając za konieczne dla niektórych przypadków chorych jaglicznych leczenie w zakładach leczniczych, Zjazd Okulistów uchwalił wniosek do władz, ażeby w celu umożliwienia leczenia chorych na jaglicę w oddziałach ocznych postarać się o założenie pewnego rodzaju tanich hoteli czy gospód, w których mieszkać i żywić by się mogli chorzy na jaglicę i uczęszczać na leczenie do danych instytucyj.

Trudniejsza jest sprawa z dziećmi, których trzymanie razem z dorosłymi przez długi nieraz czas leczenia jest dla dzieci ze względów wychowawczych stanowczo szkodliwe, a uczęszczanie tych dzieci do szkół jest dla innych dzieci niebezpieczne.

Dla dzieci istnieje jednak Zakład Leczniczy przeciwjagliczy w Witkowicach pod Krakowem (adres: Witkowice, poczta Czerwony Prądnik pod Krakowem, Zakład Jagliczy Uniwersytetu Jagiellońskiego).

Zakład ten, założony przed 20 laty przez Komitet Książęco-Biskupi a prowadzony jako praca społeczna Uniwersytetu Jagiellońskiego, ma 450 łóżek. Taksa jest nieporównanie niższa niż w klinikach i szpitalach, bo za leczenie, utrzymanie, ubranie i naukę dzieci taksa wynosi 2 zł, a dzięki pomocy Ministerstwa Opieki Społecznej dla samorządów, może być opłata ta zredukowana do 1.50 zł. Koleje państwowe dają dzieciom szkolnym przesyłanym do Witkowic zniżkę 50% — powrót zaś zupełnie bezpłatny. Zakład ma państwową szkołę 7-klasową oraz zorganizowaną opiekę wychowawczą. Niestety stwierdzić należy fakt, że około 200 łóżek jest niezajętych. A więc dzieci chorych na terenie Państwa Polskiego, z których każde stanowi ognisko dalszego zakażenia (a jakże łatwo zakażają się dzieci w szkole) jest 170.000, a w zakładzie leczącym jaglicę 200 miejsc niezajętych! Instytucja, która 20 lat już pracuje, obecnie, gdy zdaje się, że jest najpotrzebniejsza, może dla braku materiału chorych jagliczych ulec likwidacji. Było by to na pewno klęską, a równocześnie dowodem, że jednak nie umie się zorganizować współpracy z instytucjami założonymi i prowadzonymi przez społeczeństwo.

Przede wszystkim samorządy, które mają opłacać taksę za biednych nie mają potrzebnych na to środków (mimo tak bardzo niskiej taksy (2 zł), jak chyba w żadnym szpitalu polskim) i dlatego chorych dzieci nie leczą i nie posyłają do leczenia (350.000 nie miało w tym roku opieki). Powtóre za mała jest sprawność kontroli co do wykonania poleceń władz. Lekarze kontrolujący wydają polecenia wysłania do zakładu leczniczego chorych dzieci, ale te polecenia nie są wykonywane, są obchodzone, a kontroli lekarzy wojewódzkich (z wyjątkiem jednego województwa krakowskiego) w tym kierunku nie ma. Mamy na to cały szereg dowodów, że w różnych miejscowościach polecenia, wydane przez lekarzy robiących przegląd jaglicy, nie są wypełniane, a z praw egzekutywy nie chce się korzystać. Dzieci w wielu zakładach opiekuńczych mają za mało nieraz opieki lekarskiej. Leczą je zakonnice, czasem wychowawczynie, czy pielęgniarki, najczęściej nikt, a samorządy starają się obejść wykonanie wydanego przez lekarza polecenia. Że istotnie zależy to od kontroli lekarzy wojewódzkich, widać na przykładzie z województwa krakowskiego. To jest jeden z mniej zajagliczonych terenów. Z jednego jednak tylko powiatu żywieckiego — przy odpowiedniej kontroli lekarza wojewódzkiego i dobrej woli i energii lekarza powiatowego — przywieziono w grudniu 1936 r. do Zakładu w Witkowicach przeszło 80 dzieci z ciężką jaglicą, 60 dalszych zapowiedziano.

Zjazd Okulistów wyraził postulat, żeby do zakładu jaglicznego odsyłane były dzieci:

1) z zakładów opiekuńczych, dzieci te bowiem pozostając nadal w zakładach macierzystych zakazać muszą współmieszkających z nimi towarzyszy;

2) dzieci mieszkające tak daleko od przychodni, że regularne zgłaszanie się do ambulatoriów jest dla nich niemożliwe. W powiatach podgórskich lub na kresach wschodnich ludzie mieszkają nieraz dalej niż o 30—40 km od takich przychodni. Czy mogą dzieci w tych warunkach leczyć się prawidłowo, gdy śnieg, deszcz lub zawierucha utrudniają im przejście przez dalekie leśne lub górskie drogi?

3) wreszcie zdaniem okulistów konieczne jest szpitalne leczenie w wielu przypadkach jaglicy ciężkiej z powikłaniami, którą ambulatoryjnie leczyć jest bardzo trudno.

Walka z jaglicą powinna też być dyktowana troską o siły obronne Państwa. Według dziś obowiązujących przepisów chorzy na jaglicę są stale zwalniani od służby wojskowej. Dziś już musi się zwiększać procent zwolnionych przy poborach wojskowych wskutek jaglicy, a jak to będzie wyglądać za parę lat, gdy z dzisiejszych ognisk zakażenia rozprzestrzeni się ta choroba znacznie szerzej?

Trzeba pamiętać, że mieszkania, zajęte przez rodziny jaglicze, a w czasie ćwiczeń wojskowych użyte jako kwatery, stanowić będą poważne niebezpieczeństwo dla żołnierzy.

Duża epidemia jest dziś na Podhalu w domach włościańskich, a więc powiat żywiecki, gorlicki, limanowski ma wiele dzieci jagliczych. To jest teren uzdrowisk, gdzie latem przyjeżdżają letnicy, mieszkają po domach, skąd mogą wrócić z jaglicą. Miał epidemię Śląsk w okolicach Wisły, także wśród dzieci, ale energiczna akcja bardzo sytuację poprawiła.

Mówiąc o epidemii jaglicy trzeba zwrócić uwagę na jej pewne charakterystyczne właściwości, odróżniające ją od innych chorób zakaźnych.

W chorobach zakaźnych takich, jak płonica, odra, dur plamisty, ustrój zakaża przez pewien stosunkowo krótki okres trwania choroby. Chory albo ginie, albo w wielu przypadkach i wielu chorobach zakaźnych uzyskuje odporność, czasami na całe życie. W ten sposób w obu tych przypadkach wygasa ognisko zarazy. Przy jaglicy może zakażać do końca swego życia, a o ile zostaje wyleczony, może podlegać na nowo zakażeniu jaglicą. Oczywiście, że wtedy ognisko zakażenia jest nieporównanie trwalsze, aniżeli przy innych wspomnianych tu chorobach.

Epidemia cholery, duru plamistego, duru brzusznego, płonicy, odry i wielu innych trwa przez pewien czas, po czym następuje zwykle osłabienie natężenia epidemii i jej wygaśnięcie. W bardzo wielu przypadkach choroby, powyżej wspomniane nawet bez pomocy lekarskiej ustępują i chory zdrowieje. Aczkolwiek *w zupełnie wyjątkowych przypadkach* w jaglicy może nastąpić samowyleczenie, to jednak, gdy mowa jest o epidemiach, liczyć na to nie można. Dlatego akcja ratunkowa musi być prowadzona, i to jak najenergiczniej, znacznie usilniej niż dotąd, z większym nakładem sił i środków, jeżeli nie ma dojść do wielkiej katastrofy.

Ta praca musi być zakreślona na szereg lat, ażeby naprawić zaniedbanie nasze z szeregu ostatnich lat, które doprowadziły do takiego stanu, jaki mamy dziś.

Chodzi tu o mnóstwo ludzi przede wszystkim biednych u których to zakażenie musi się szerzyć znacznie mocniej, aniżeli w klasach zamożniejszych. Brak miednic, ręczników, elementarnych zasad czystości i kultury, to wszystko jest powodem, że to jest choroba przeważnie ludzi żyjących w biedzie. Jeżeli do nędzy codziennej dołącza się jeszcze cierpienie, dołącza się groźba i obawa utraty wzroku a przede wszystkim brak pomocy lekarskiej, jeżeli stwierdzamy dziś na podstawie urzędowych danych, że 350.000 ludzi nie ma możliwości leczenia się z jaglicy, to ratunek energiczny ze strony Państwa, dostarczenie na to materialnych funduszów jest niezbędne i niesłychanie pilne. Jeżeli tej pomocy nie będzie, epidemia musi rozszerzać się i zwiększać liczbę ognisk zakaźnych.

Pomyślmy tylko o tym prostym fakcie, że jeżeli każdy z 500.000 chorych jagliczych w Polsce w ciągu roku zakazi tylko jednego zdrowego, to za rok może być w Polsce milion chorych na jaglicę, za dwa lata 2 miliony i tak iść będzie dalej według geometrycznego szeregu.

Do tego dopuścić nie wolno. Wobec tej klęski, którą już jest 500.000 przypadków jaglicy i wobec tego, co stąd jeszcze w przyszłości przy dalszej niedostatecznej w tym kierunku akcji może, albo raczej musi wyniknąć, społeczeństwo ma moralne prawo żądać jak najenergiczniejszego rozpoczęcia akcji ratunkowej w tych rozmiarach, jakie zakreślił Zjazd sekcji jagliczej Towarzystwa Polskich Okulistów. Przez kilka lat życia w okresie wojny kierował jeden z nas akcją zwalczania ciężkich chorób zakaźnych w Polsce, a więc duru plamistego, cholery, czerwonki itd. w epidemicznych kolumnach, jako Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemiami. Czując się przez to do pewnego stopnia uprawnionym do zwrócenia uwagi na obecnie grożącą ludności polskiej klęskę ze strony rozszerzającej się gwałtownie epidemii jaglicy, staraliśmy się przekonać tych, którzy mają w tych sprawach głos decydujący, że powinna być wszczęta energiczniejsza akcja tłumienia jaglicy. W Sejmie i Senacie towarzyszył jeden z nas profesorowi okulistyki w Uniwersytecie Warszawskim L a u b e r o w i w delegacji do Komisji sanitarnej ciał parlamentarnych i odnieśliśmy wrażenie zrozumienia naszych intencyj i dobrej woli, żeby sprawę naprzód posunąć.

Natomiast z interwencji u Władz Wykonawczych zarówno cywilnych, jak i wojskowych odnieśliśmy wrażenie, że to niebezpieczeństwo jest niedoceniane.

Łudzić się nie można przypuszczeniem, że jaglica się nie rozszerza, a duża liczba przypadków odpowiada „nowoodkrytym" chorym, którzy byli od dawna zakażeni. Optymistyczne to, ale szkodliwe złudzenie. Ze 100 dzieci przywiezionych do Zakładu w Witkowicach z Podhala w grudniu zeszłego roku 80 dzieci nabyło jaglicę w roku 1936 i to głównie w szkole. Że *prócz tych* nowo-zakażonych może być pewna liczba dawno chorych, o których władze nie wiedziały, to więcej niż pewne, ale pozostaje fakt, że jaglica bardzo mocno się rozszerza na Podhalu, a nie ma żadnych danych, żeby jej nie przybywało na kresach, a nawet w województwach centralnych.

Toteż uznanie wielkiego niebezpieczeństwa i wyciągnięcie stąd pełnej konsekwencji jest konieczne. A więc zwiększyć wydatnie liczbę przychodni, umożliwić leczenie w zakładach leczniczych tam, gdzie tego jest potrzeba, leczenie dorosłych i dzieci, ale nie tylko tych, którzy sami mogą zapłacić za lecze-

nie, ale także biednych i pochodzących z biednych samorządów — to są postulaty, z którymi zwrócić się do naszego Rządu mamy prawo i obowiązek. Jeżeli słyszy się, że to są obowiązki samorządów, to należy uwzględnić, że samorządy silne mogą wprawdzie dla mniejszej liczby biednych chorych to zrobić, ale opłacać za kilkadziesiąt lub setki ludzi — których leczyć się musi nie tylko z miłosierdzia, ale i w myśl obrony setek i tysięcy mogących ulec zakażeniu i w imię nie zmniejszania siły obrony Państwa — nie może biedny samorząd na podstawie swego obecnego budżetu. To wygląda tak, jak gdyby np. po katastrofie powodzi sprzed 2 lat Rząd Państwa odsyłał poszkodowanych do funduszów gminy. Każdy obywatel przecież doskonale wie, że zarówno skarb Państwa jak fundusze gminy powstają tylko z tego, co obywatele na nie łożą. I w jednym i drugim razie źródło jest to samo. Jeżeli chodzi o formę, to rzecz jest prosta. Skarb Państwa udzieli pomocy samorządom w stosunku do liczby chorych, którym przecież nie można pozwolić ociemnieć tylko dlatego, że są biedni i że są obywatelami równie biednego samorządu. Zresztą jest to najzupełniej po myśli rozporządzenia Prezydenta Rzeczpospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr 36, poz. 333. Art. 6. ustęp ostatni) mocą którego:

„Związkom komunalnym, na których terenie szerzy się endemicznie jaglica, lub które nie posiadają dostatecznych środków na założenie i utrzymanie instytucyj, o których mowa w niniejszym artykule oraz na pokrycie nieściągalnych kosztów leczenia, Państwo udziela pomocy finansowej (według uznania Ministra Spraw Wewnętrznych) w granicach kredytów, uchwalanych corocznie na ten cel w budżecie".

O ile by kwoty nie mieściły się w budżecie Państwa przewidzianym na rok bieżący, to tym mniej będą się mieścić np. w budżecie powiatów żywieckiego czy gorlickiego i nie ma wątpliwości, że łatwiej pieniądze na ten cel znajdzie Państwo, aniżeli biedne samorządy.

W dziedzinie walki z epidemiami, Polska ma piękne tradycje: na wiosnę 1917 r. gdy epidemia ospy nawiedziła kraj, zamknięto czasowo wszystkie wydziały dwóch ówczesnych polskich uniwersytetów w Krakowie i we Lwowie i cała młodzież zgłosiła się do szczepień ochronnych. Akcją kierował Komitet Książęco-Biskupi w Krakowie. Kolumny akademickie zaszczepiły 2 miliony ludzi w Małopolsce i południowych powiatach Kongresówki i epidemia wygasła. W roku 1919—1923 działał stworzony i wyposażony w środki materialne *przez Państwo Polskie* Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami duru plamistego. Warunki jego pracy były tym cięższe, że równocześnie była wojna bolszewicka, a jednak wyniki pracy były pomyślne.

Mamy dziś premierem lekarza, któremu dobro polskiej ludności leży niewątpliwie na sercu; miejmy nadzieję, że w imię usunięcia nieszczęścia grożącego krajowi, Pan Premier zrobi wszystko, co jest w mocy naszego Państwa i co leży w tradycji nawet niezbyt odległych czasów.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr Zygmunt DZIEMBOWSKI. Bydgoszcz.
Chirurg naczelny szpitala miejskiego w Bydgoszczy.

Wyniki zabiegów chirurgicznych na nadnerczu.

Dokończenie.

Nowotwory nadnercza dzielą się na trzy grupy (p. Stricker i Leibovici — *Congrès français de Chirurgie* 1934 r.), a mianowicie wyróżniamy nowotwory wychodzące z części korowej, z części rdzeniowej a w końcu nowotwory wychodzące z tkanek znajdujących się w jednej i drugiej części, innymi słowy z tkanki łącznej i naczyniowej, do których zaliczamy włókniaki, mięśniaki, tłuszczaki, mięsaki naczyniaki itd. Wspomnieć jeszcze trzeba o torbielach nadnercza, których pochodzenie nie jest wyjaśnione.

Wśród nowotworów części rdzeniowej, odróżnić musimy takie, które powstały z komórek embrionalnych (tzw. *sympathogonii)* i z komórek dojrzałych czyli zróżniczkowanych. Nowotwory pierwszej grupy noszą nazwę *„sympathicogonioma (sympathome sympathogonique)"* lub *„sympathicoblastoma"*, dlatego, bo powstają one z tzw. sympatogonii czyli komórek embrionalnych, stanowiących pierwszy zarodek nadnercza; komórki te następnie zróżniczkują się na sympatoblasty tj. na komórki nerwowe współczulne, lub na komórki gruczołowe chromochłonne. Nowotwory powstałe z komórek dojrzałych, tj. ostatecznie zróżniczkowanych, dzielą się w zależności od tego, czy powstały z komórek nerwowych lub też gruczołowych na *ganglioneuromata* lub *paragangliomata*. Znaczenie nowotworów embrionalnych powstałych z komórek nerwowych *(sympathoma, neuroblastoma)*, które dawniej zaliczano do mięsaków, jest w chirurgii niewielkie. Charakteryzuje je znaczna skłonność do przerzutów w wątrobie, w płucach i kościach. *Ganglioneuromata* są łagodne i przeważnie nie powodują objawów klinicznych, stwierdza się je przeważnie przypadkowo przy sekcjach. *Paragangliomata* natomiast, jak wyżej wspomniałem, bywają właśnie powodem nadciśnienia napadowego i z tych względów interesują również chirurga.

Nowotwory wychodzące z kory nadnercza są najczęstsze. Są one czasem tak małych rozmiarów, że dostrzec je można tylko przy badaniu histologicznym. Czasem nowotwory składają się tylko z hiperplastycznej tkanki nadnerczowej korowej, nie wykazującej żadnych zresztą znamiennych cech; zdarzają się jednak także prawdziwe nowotwory o charakterze gruczolaków lub nabłoniaków. Gruczolak łagodny żółty lub czerwonobrązowy, dochodzący do wielkości kurzego jaja czasem bywa nieoddzielony od pozostałej, zdrowej tkanki korowej, w innych znów razach bywa otorbiony czyli posiada otoczkę z tkanki łącznej. Virchow w tych wypadkach ze względu na podobieństwo do niektórych gruczolaków tarczycy posługuje się nazwą „wól nadnercza". Nowotwory zawierają zupełnie normalne komórki części korowej nadnercza. Raki kory nadnercza są sprawą bardzo rzadką, jeśli oczywiście uwzględnimy, że nowotwory Grawitza nie są, jak błędna nazwa głosi, wcale nadnerczakami, tylko są w istocie pochodzenia nerkowego. Prawdziwe raki kory nadnercza są bardzo złośliwe i skłonne do tworzenia przerzutów w gruczołach limfatycznych i narządach.

Pod względem klinicznym odróżniamy kilka zespołów objawów, które są wywołane przez wyżej opisane łagodne nowotwory kory nadnercza. Stwierdza się wtedy objawy ze strony narządów płciowych i ze strony samego nadnercza, dalej objawy niedomogi nadnercza i wreszcie zespół objawów nadciśnienia. Ten zespół objawów nadciśnienia różni się jednak od tego, o którym pisałem już poprzednio, a który wywołany bywa, jak wówczas powiedziałem, przez nowotwory części rdzeniowej *(surrénalome médullaire)*.

Co do wspomnianego zespołu objawów, to wspomnieć tu należy o obojnactwie wrzekomym typu nadnerczowego *(pseudohermaphroditismus suprarenalis)*. W przypadkach takich mamy do czynienia z kobietami, które mają mniej lub więcej rozwinięte zewnętrzne narządy płciowe typu męskiego i dlatego wychowane zostały jako mężczyźni. Chirurgiczna ingerencja nie wchodzi w tych razach oczywiście w rachubę, bo nowotwory nadnerczowe, stanowiące tu powód danej sprawy są wrodzone i przeważnie też obustronne.

Więcej może interesują chirurgów zboczenia później się pojawiające, zwłaszcza u dziewczynek oraz dziewczyn lub kobiet dorosłych, które nabierać poczynają cech męskich z powodu rozwijania się nowotworów w korze nadnerczowej *(virilisme surrénal)*. O wynikach dodatnich osiągniętych za pomocą wycięcia danego nadnercza referowali dotąd Elliott, Holmes, Murray, Simpson, Crosbie, Smith, Dumont, Percy Sargent i inni; nader ujemnym jest tu jednak fakt, że nowotwory w tych razach znajdowane w stosunkowo dużej liczbie są złośliwe, co odbijać się oczywiście musi fatalnie na wynikach. Również poważną przeszkodą dla chirurga jest brak pewności, po której stronie należy szukać nowotworu powodującego dane przejawy. Przejawami wskazującymi na umężczyźnienie z powodu sprawy nowotworowej w korze nadnercza są braki miesiączki, rozwój tkanki tłuszczowej podskórnej z nabieraniem znamiennych męskich kształtów, zmiany w owłosieniu (kosmatość), silny rozwój mięśni i wreszcie zmiana głosu. W szczególności Mauclaire, Thornton i Codman otrzymali — tak przynajmniej twierdzą — dobre wyniki, to znaczy ustąpienie powyższych objawów, po usunięciu zmienionego nadnercza, i to nawet w przypadkach guzów złośliwych i przerzutów. Liczba operowanych dotąd przypadków jest jednak zbyt skąpa, by można wydać opinię w tej sprawie.

Podobna sprawa u mężczyzn jest bodaj jeszcze rzadszą (Bittorf, Zumbusch, Mathias, Gundaker Holl, Hertle). Objawami feminizacji jest przede wszystkim powiększenie się sutków, które zaczynają nawet wydzielać, a później zanik jąder. Wspomniani wyżej autorzy znajdowali w takich przypadkach nowotwory kory nadnercza. Hertle (Graz) operował tego rodzaju przypadek i usunął duży guz, który można było poprzednio stwierdzić za pomocą pyelografii; gruczoły sutkowe zmniejszyły się wkrótce po operacji, natomiast prącie i jądra zaczęły się z powrotem szybko rozwijać.

Poza tym obserwowano jeszcze przy guzach kory nadnercza u dziewczynek następujące zmiany: rozwój cech męskich, a więc owłosienie męskie, głos chłopięcy, przerost łechtaczki albo przedwczesny rozwój narządów płciowych kobiecych i przedwczesne pokwitanie lub też jedno i drugie. W kilku tego rodzaju przypadkach otrzymano korzystny wynik przez operacyjne usunięcie nowotworu; operacji dokonano w tych razach u dziewczynek we wieku czterech a nawet i dwóch lat (Collet z Oslo, Brekke z Oslo, Gandier z Lille itd.). U chłopców tego rodzaju sprawy są o wiele rzadsze; zdaje się, że został opisany jeden jedyny przypadek, w którym dzięki udanej operacji ustąpiły objawy przedwczesnego rozwoju płciowego (Hamilton).

Mimo wszystko liczba operowanych takich przypadków jest niewielka. Rozpoznanie nowotworów kory nadnercza na podstawie wymienionych objawów jest trudne już choćby dlatego, że przecież sprawy chorobowe innych narządów również w podobny sposób mogą się objawiać. Torbiele a zwłaszcza raki jajnika *(arrhenoblastoma)* mogą też być powodem ustania miesiączkowania, kosmatości, zmiany głosu itp.; objawy te ustępują po usunięciu nowotworów. Dalej pamiętać trzeba o zmianach szyszynki, przysadki mózgowej i innych gruczołów dokrewnych.

Toteż nie może ulegać kwestii, że należy zawsze w takich przypadkach wykluczyć z wszelką pewnością zmiany w tych gruczołach dokrewnych, co nastręcza oczywiście duże trudności. Również wszystkie inne narządy, zwłaszcza narządy jamy brzusznej, a w szczególności też małej miednicy muszą być badane szczegółowo z uwzględnieniem najsubtelniejszych metod badania. Wspomnę tu o arteriografii, odmie otrzewnowej, które mogą się przyczynić do odnalezienia i ustalenia punktu wyjścia omawianych nowotworów nadnercza. Tak twierdzą Roux, Berger, Stricker, Leibovici i inni znawcy spraw omawianych, którzy głos zabierali na wspomnianym kongresie francuskim (1934 r.). Pyelografia, która przyczynić się może do stwierdzenia cienia w okolicy odpowiadającej nadnerczu lub przesunięcia nerki na skutek obecności guza, może mieć czasem znaczenie donioślejsze. Słusznie jednak podkreślili moim zdaniem w swym referacie Stricker i Leibovici fakt, że nie należy wahać się z dokonaniem laparotomii próbnej w danych wypadkach, gdyż często tylko tym sposobem uda się — ale oczywiście tylko pierwszorzędnemu operatorowi znaleźć nowotwór, którego usunięcie może okazać się zbawienne.

Zdarza się czasem, że nowotwory części korowej nadnercza powodują objawy niedomogi czynności nadnerczy i objawy choroby Addison'a, zwłaszcza obustronny mięsak lub obustronny gruczolak, albo, co również obserwowano, gruczolak po jednej stronie ze zwyrodnieniem włóknistym narządu po drugiej stronie (Lohéac, Gaillard, Cawadies, Looten, Puech, Rimbaud, Dufoix). Zabieg chirurgiczny jest wtedy niecelowy. O objawach nadciśnienia wywołanego przez nowotwory kory nadnercza mówić już nie będę. Wspomnę tylko, że nowotwory te wywołują czasem trwałe nadciśnienie nie tak jak gruczolaki części rdzeniowej, które powodują znamienną napadową postać nadciśnienia. Co się tyczy jednak wyników leczniczych, operacyjnych, to wszystko, co o tym można by powiedzieć, uwzględniłem w ustępie dotyczącym leczenia nadciśnienia przez wycięcie nadnercza.

Nadmienię też w końcu jeszcze, że najczęściej nowotwory nadnercza nie wywołują objawów, które by wskazywały na zaburzenia w dokrewnym wydzielaniu nadnerczy; objawy kliniczne występują w takich razach z powodu ucisku na inne narządy, naczynia lub nerwy, powodując bóle a objawiają się dopiero na skutek powstawania przerzutów.

Interesującą sprawą chorobową są krwiaki nadnerczy, które w obszernej pracy opisał ostatnio Büttner. Powód powstawania tych krwiaków nie jest jasny. Drobne krwiaki nie odgrywają roli pod względem klinicznym, znajduje się je zwykle podczas sekcji. W etiologii rolę odgrywają sprawy urazowe, oparzenia, schorzenia zakaźne, zapalne. Duże natomiast krwotoki w nadnerczach nie są wyjaśnione ani anatomicznie ani etiologicznie. Obraz kliniczny jest tu dość znamienny, charakteryzują go gwałtowne bóle w górnej części brzucha i gwałtowny zapad, z powodu którego chorzy giną. Powodem krwotoków byłyby zdaniem niektórych badaczy zakrzepy żylne, inni zaś twierdzą, że powodem są zatory tętnic; powodem zaś zapadu i zejścia śmiertelnego miałby być nie tyle sam krwotok ile sprawy związane z nagle powstałym znacznym uszkodzeniem nadnerczy, mianowicie nagłe wydostanie się na zewnątrz wielkich ilości adrenaliny, lub też podrażnienie nerwów trzewiowych. Chirurgiczny zabieg wobec przeważnie obustronności zmian i trudności odnalezienia ogniska — roli tu nie odgrywa. Nadmienić należy, że obfite krwotoki w okolicy nerek samoistnie, bez widocznej przyczyny powstałe są przeważnie pochodzenia nadnerczowego (Pacolik, Doll, Koch, Sohn, Brunner, Bartels, Breitner, Laewen, Koenen). Wobec faktu, że krwotoki pochodzą z nadnercza często przemieszczonego, dodatkowego, przylegającego zupełnie do nerki i wobec umiejscowienia krwotoku w tkankach okołonerkowych brano je i bierze się je często za krwotoki pochodzące ze samej nerki. Dlatego też w szeregu takich przypadków wykonano nefrektomię. Że zabieg taki jest nieracjonalny, w tych, w ogóle pod względem rokowania nader niekorzystnych przypadkach, jest aż nazbyt jasną rzeczą. Rokowanie jest niekorzystne z powodu dużej możliwości nawrotu po drugiej stronie. Należy oczywiście otworzyć krwiak i tamponować, ma to bowiem uchronić przed powtórzeniem się krwotoku przynajmniej po tej samej stronie. Koenen i Laewen twierdzą, że śmiertelność przy zastosowaniu operacji tego rodzaju wynosi 50%, a przy zostawieniu sprawy samej sobie wynosi 100%. Inni autorzy (Zwerg), którzy leczyli zachowawczo z dobrym wynikiem, przeczą temu.

Obserwowałem sam przypadek następujący: Chora K. M., lat 37, mężatka, przywieziona została dnia 15. VIII. 1934 do szpitala miejskiego w Bydgoszczy. Rozpoznanie lekarza przekazującego brzmiało: *appendicitis acuta ad operationem*. W szpitalu stwierdzono: wygląd ogólny bez szczególnych zmian, ciepłota ciała wieczorem o godzinie 7-mej 37,6°; szyja i narządy klatki piersiowej bez zmian, obmacywanie jamy brzusznej wykazuje nieznaczne napięcie powłok po prawej stronie i wyczuwalny, nieco tkliwy obrzęk lub guz po tej stronie w górnej części; przypominało to silnie powiększony i wypełniony pęcherzyk żółciowy *(hydrops vesicae felleae)*. Chora podawała, iż czuła się zawsze dobrze, nigdy poważnie nie chorowała, odbyła trzy porody prawidłowo. Od kilku dni czuła się nie dobrze i odczuwała bóle po prawej stronie brzucha, chwilami dość silne; ponieważ w ostatnich 2 dniach bóle się wzmogły, wezwano lekarza, który chorą skierował do szpitala z wyżej wspomnianym rozpoznaniem. Wobec nieprawdopodobieństwa sprawy wychodzącej z wyrostka robaczkowego i wobec rozpoznania, a raczej przypuszczenia wysięku w pęcherzyku żółciowym *(hydrops vesicae felleae)* postąpiono zachowawczo, stosując spokój, okłady, beladonnę, opium w czopkach itd. Stan chorej znacznie się poprawił w ciągu następnych dni. Tkliwość i napięcie powłok brzusznych ustąpiły zupełnie tak, że dobrze można było wyczuwać coraz mniej tkliwy, okrągły twór w okolicy odpowiadającej pęcherzykowi żółciowemu; twór ten ze względu na umiejscowienie i charakterystyczny kształt uważano za silnie wypełniony i powiększony pęcherzyk żółciowy. Ciepłota i tętno były normalne, wynik badania innych narządów, krwi, moczu itd. nie wykazywał nic nieprawidłowego tak, że rozpoznanie początkowe, a mianowicie wysięk pęcherzyka żółciowego *(hydrops vesicae felleae)*, wydawało się słuszne. Nadmieniam, że również wywiady nie wykazywały nic osobliwego. Chora nigdy przedtem, ani też ostatnio nie uległa jakiemuś wypadkowi lub urazowi. Chorej zaproponowano usunięcie pęcherzyka żółciowego, na co się zgodziła, bo nie ustępujący guz sprawiał jej stale, zwłaszcza przy ruchach, znaczne dolegliwości. Do operacji przystąpiono w 14 dni po przyjęciu do szpitala.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziło się prawidłowy stan wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych i w ogóle narządów jamy brzusznej. Stwierdzono natomiast wielki krwiak zaotrzewnowy po prawej stronie, otaczający prawą nerkę. Po nacięciu otrzewnej pokrywającej krwiak i samego krwiaka okazało się, że tkanka okołonerkowa była odsunięta od nerki i jej torebki przez obfite starsze i świeższe skrzepy krwi; stwierdzono dalej w okolicy górnego bieguna skrzepy najświeższe lub nawet stosunkowo świeżą, płynną krew. Przy usuwaniu krwiaka okazało się, że był on we wszystkich kierunkach ściśle otorbiony i odgraniczony tak, że nie ulegało wątpliwości, iż pochodził on albo z nerki lub nadnercza albo z tkanki okołonerkowej lub ich naczyń. Fakt, że tkanka okołonerkowa tłuszczowa nie wykazała zmian przy badaniu gołym okiem i przy badaniu drobnowidowym przemawiał za tym, że pierwsze przypuszczenie byłoby słuszniejsze. Za tym zdawał się przemawiać także fakt, że nadnercze było zupełnie przesiąknięte krwią i to stosunkowo świeżą, płynną oraz że krwiak otaczający nadnercze był najświeższy i płynny tak, że różnił się od krwiaka skrzepłego starszego, otaczającego zupełnie zdrową nerkę. Niewątpliwie krwiak musiał być pochodzenia nadnerczowego. Nadnercze na skutek olbrzymiego nagromadzenia się krwi w tkance łącznej wyglądało tak, jak gdyby przez rozlewającą się w tkance łącznej krew rozsadzone zostało na poszczególne mniejsze i większe części tzn. było widać tylko kawałki nadnercza wśród krwiaka mniej

lub więcej jeszcze płynnego. Kruchość i łamliwość nadnercza była wskutek tego jeszcze większa niż w normalnych warunkach. Kawałek nadnercza niemal zupełnie luźny wziąłem do drobnowidowego badania. Poza tym zabieg polegał na usunięciu krwiaka i wytamponowaniu jamy po nim pozostałej gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny był gładki. Gazę jodoformową usuwano stopniowo. Chora wyzdrowiała i opuściła szpital w cztery tygodnie po operacji. Odtąd jest zdrowa; szczegółowe badania przy opuszczeniu szpitala i późniejsze badania nie wykazały żadnych zmian w narządach, w składzie lub obrazie krwi itd. Badanie wyciętego kawałka nadnercza nie wykazało żadnych zmian w tkance nadnerczowej ani w tkance ściany krwiaka, o czym zresztą już powyżej wspomniałem.

Nie ulega moim zdaniem wątpliwości, że w opisanym przypadku miałem do czynienia z krwiakiem okołonerkowym pochodzenia nadnerczowego, o których to sprawach powyżej już mówiłem. Mam też wrażenie, że przypadek omawiany potwierdza zdanie tych autorów, którzy wskazują na fakt, że okołonerkowe, samoistne krwiaki są pochodzenia nadnerczowego (Doll, Pacolik, Koch, Sohn, Brunner, Barthels, Breitner itd.). Trudno wypowiedzieć się w danym wypadku w sprawie doniosłości i konieczności leczenia operacyjnego i przede wszystkim w sprawie rokowania. Koenen i Laewen podają śmiertelność w takich wypadkach na 100%, jeśli się w czas nie operuje, a na 50% w przypadkach operowanych. W każdym razie jednak obserwacja powyższa zasługuje na uwagę ze względu na anatomię patologiczną, geneze, symptomatologię i możliwości lecznicze, choć nie ustala żadnych pewnych danych, jak zresztą bodaj wszystkie dotąd znane obserwacje samoistnych okołonerkowych krwiaków pochodzenia nadnerczowego.

Torbiele nadnercza, dochodzące czasami do wielkich rozmiarów (ostatnio opisał Brandt przypadek torbieli nadnercza ważącej 2½ kg) — są zdaniem autorów pozostałością po krwotokach nadnerczowych. Henschen, Kuttner i Lasch zajmowali się sprawami tymi z punktu widzenia etiologicznego; Schmieden, Pop i Peiper natomiast w swych sprawozdaniach uwzględniają głównie kwestię postępowania operacyjnego, dając pierwszeństwo wycięciu przed marsupializacją, która daje gorsze wyniki, a więc większą śmiertelność.

Co do techniki operacyjnej, to moim zdaniem należy przyznać słuszność opinii Leibovici'ego, który opierając się zresztą na zdaniach głoszonych przez wielu innych chirurgów (Auvray, Willems, Goormaghtigh, Lecine itd.), wypowiedział się na kongresie chirurgów francuskich w roku 1934, że jedynie dostęp poprzez jamę brzuszną, czyli laparotomia w linii środkowej z. w razie potrzeby dodatkowym cięciem bocznym daje możność doszczętnego usunięcia nowotworów nadnercza i dostateczny, potrzebny do tego wgląd. Podobne zresztą były opinie doświadczonych w tym kierunku chirurgów, wygłoszone na międzynarodowym zjeździe w Londynie (1923 r.). Minione lata i poczynione w tym czasie doświadczenia nie zmieniły ich, jak słusznie podkreśla Leibovici.

Jeśli natomiast chodzi o operacyjne zmniejszenie czynności dokrewno-wydzielniczej nadnerczy, nie wykazujących zresztą zmian anatomicznych natenczas przede wszystkim nasuwa się pytanie, po której stronie operować. Pominąwszy Vorschütza, który bodaj jako jeden jedyny operator przekonał się o tym, że wycięcie prawego nadnercza jest wygodniejsze aniżeli wycięcie nadnercza lewego, wszyscy chirurdzy polecają epinefrektomię po lewej stronie, gdyż po tej stronie nie ma utrudniającego operacje sąsiedztwa wątroby i dolnej żyły głównej. Możemy się tą zasadą operowania po lewej stronie kierować w tych sprawach, w których nie potrzebujemy się liczyć z możliwością obecności sprawy nowotworowej, np. w *thromboangiitis obliterans;* natomiast, jeśli obecność guza jest prawdopodobną, np. w nadciśnieniu, musimy operować po tej stronie, po której obecność guza zdaje się być więcej prawdopodobną. Ponieważ rozstrzygnięcie, po której stronie jest guz drobny i nie sprawiający miejscowych objawów, jest przeważnie wręcz niemożliwe, musimy obrać drogę taką, która pozwoli dokładnie zbadać oba nadnercza. Jednostronne wycięcie nadnercza nie wykazującego zmian będzie można wykonać tylko wtedy, gdy się okaże, że drugie nadnercze znajduje się w prawidłowym stanie. Z tych to powodów laparotomia dająca możność zbadania stanu obu nadnerczy za pomocą jednego cięcia i zbadania jamy brzusznej (celem stwierdzenia nowotworów nadnerczowych mieszczących się w pewnym oddaleniu od nadnerczy — o których to sprawach na innym miejscu już mówiłem) zasługiwałaby na pierwszeństwo; lecz z drugiej strony, jeśli nie ma większego guza, daje ona zły dostęp do nadnercza. Toteż, jeśli chodzi o czysto techniczną stronę, lepiej jest obierać drogę poprzez okolicę lędźwiową, która służy do zabiegów na nerce; zalecają ją Bumke, Küttner, Girgolaff, Oppel, Herzberg, Hesse, Willems, Leriche, Hertz, Stricker, Leibovici, Carajannopoulos, Bleicher i inni. Wycięcie XII żebra w dużej mierze ułatwia dostęp. Mimo wszystko jednak wyszukanie i uwidocznienie nadnercza nie jest łatwe i nie ma porównania pod tym względem z nefrektomią. Dążyć trzeba do sprowadzenia nadnercza ku dołowi wraz z górnym biegunem nerki, a unikać odłuszczenia go od bieguna nerki przy uprzednim uwidocznieniu nerki, gdyż wówczas nadnercze oddzielone od nerki cofnie się ku górze i zniknie w tkance tłuszczowej tak, że trudno będzie sprowadzić je na dół w całości; co najwyżej uda się potem tylko wycięcie albo raczej wyrywanie go kawałkami bez kontroli oka. Nie miało by celu wyszczególniać na tym miejscu technicznych szczegółów dostępu i sposobów wyłonienia nadnercza, które pozostawione być muszą umiejętności i zręczności doświadczonego operatora, bo tylko operator o wysokich kwalifikacjach może myśleć o praktycznym zastosowaniu tej dziedziny chirurgii. Wspomnę tylko, że ostatnimi czasy szereg autorów podkreśla znaczenie dostępu do nadnercza drogą przednią przyotrzewnową *(voie antérieure, para-péritonéale)*, którą stosowali m. i. Carajannopoulos, Bazy, Blondin, Meillére, Desplas. Cięcie prowadzi się tutaj z przodu i poprzecznie od końca XI żebra aż do brzegu mięśnia prostego. Łatwo podobno odsunąć wówczas do przodu i środka otrzewnę wraz z trzewiami i dostęp do nadnercza ma być szczególnie korzystny. Nie chcąc wdawać się w słuszność tego zdania, powiem, że nie brak głosów ostrzegawczych, wskazujących na możliwość następstw niemiłych, wywołanych przez zbyt wielki uraz spowodowany przez przecięcie dużych mięśni; w moich przypadkach dochodziłem do nadnerczy poprzez okolicę lędźwiową lub przez laparotomię. Na tym miejscu wskazałbym szczególnie na doświadczenia Lwowskiej Kliniki Chirurgicznej i referat W. Brossa podający m. i. też szczegółowo zapatrywanie tej Kliniki na stronę techniczną zabiegu na nadnerczach.

Wskazałbym na jeden jeszcze szczegół, a mianowicie na możliwość przedostania się większych ilości adrenaliny do krwi podczas wycinania nadnercza, które z powodu bardzo znacznej kruchości tegoż narządu, uniemożliwiającej usunięcie go w całości, odbywa się przeważnie tylko kawałkami. Należę do tych chirurgów, którzy, choć uznają w zupełności trudność operacji z powodu owej kruchości nadnercza, nie obawiają się i nie zauważyli powikłań spowodowanych nagłym wzmożeniem ilości adrenaliny we krwi.

Dalej wskazałbym też na trudności w odnalezieniu nadnercza, zwłaszcza jeśli znajduje się ono w pewnej, czasem nawet znacznej, odległości od górnego bieguna nerki; nie dziw zatem, że nawet słynni chirurdzy przyznać się muszą do tego, że nie udało im się odnaleźć czasem nadnercza. Odróżnienie nadnercza od pobliskiej tkanki tłuszczowej też czasem bywa trudne i dlatego histologiczna kontrola wyciętego skrawka jest potrzebna. Co do pozostawienia cząstki nadnercza na wypadek niedorozwoju narządu po drugiej stronie, to sprawa ta o tyle sprawiać może trudności, że trudno będzie osądzić, ile powinno się pozostawić a ile z wyciętej tkanki — zwłaszcza, jeśli wycięcie nie udaje się w całości — uważać trzeba za właściwą tkankę nadnerczową, ile natomiast jest w tym tkanki tłuszczowej. Myślę, że zmysł i doświadczenie operatora mogą być tutaj uważane za wyłączny wskaźnik; nie wiem, czy orientowanie się za pomocą ważenia wyciętej tkanki nadnerczowej (Stricker, Leibovici) może być miarodajne wobec wahań przeciętnej wagi nadnercza, ilości tłuszczu w tym narządzie i wobec faktu, że przecież często w grę będzie wchodził przerost nadnercza o różnych rozmiarach. Toteż sądzę, że należy kierować się tutaj po prostu zasadą umiejętnego indywidualizowania opartego na doświadczeniu i zmyśle spostrzegawczym oraz klinicznym.

Co do tzw. odnerwienia nadnercza, to mam wrażenie, że najlepiej przedstawia jej znaczenie następujące wypowiedzenie się Leibovici'ego na kongresie chirurgów francuskich w roku 1934: „jeśli przyjrzymy się unerwieniu nadnercza, to musimy dojść do wniosku, że przecięcie wszystkich do nadnercza dochodzących lub wychodzących zeń nerwów nie jest możebne bez równoczesnych tak znacznych uszkodzeń naczyń krwionośnych, że zabieg musi równać się wycięciu nadnercza". Odnerwienie zaś na odległość, tj. przecięcie nie samych do gruczołu dochodzących nerwów, lecz przecięcie nerwu trzewiowego nie miało dotąd większego zastosowania; zabieg ten w 1926 roku zaproponowany przez Pende'go, został wykonany przez Giu i Pieri w roku 1931 w kilku przypadkach nadciśnienia.

Piśmiennictwo:

1) W. Bross: Pol. Przegl. Chir. T. XIV. Z. 6. — 2) Bauer: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 122. 1932. — 3) Bauer: Wien. klin. Woch. Nr 19. 1930. — 4) Bauer: Deutsche Med. Woch. Nr 15. 1933. — 5) Oppel: Arch. f. klin. Chir. T. 149. 1928. — 6) Oppel: Revue Franco-Russe de Médecine. Nr 3, 1925. — 7) Piśmiennictwo podane w referacie „Chirurgie des surrénales" Stricker i Leibovici: Kongres chirurgów francuskich 1934 r.

PRACE ORYGINALNE.

Dr Józef Wacław GROTT. Warszawa.

Utajone przewlekłe zapalenie trzustki.

Spostrzeżenia kliniczne.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. J. P. w Warszawie
Kierownik: Prof. Dr Z. Gorecki.
Z Pracowni Chem.-Bakt. Szpitala św. Ducha w Warszawie
Kierownik: Dr J. W. Grott.

Dawniej wybitni znawcy chorób trzustki stale podkreślali względnie częste występowanie przewlekłego zapalenia w tym narządzie. Wobec braku prostych i łatwo dostępnych dla ogółu lekarzy metod badania trzustki polecano wówczas, jako rzecz godną uwagi pamiętanie o możliwości jej schorzenia oraz ustalanie rozpoznania *„ex iuvantibus"* na podstawie korzystnych wyników próbnego leczenia. Dziś o tyle jesteśmy w pomyślniejszym położeniu, że metodyka badania trzustki została ulepszona, a następnie, że dzięki żmudnym badaniom klinicystów udało się dokładnie stwierdzić częsty udział trzustki w schorzeniach narządów sąsiednich.

Jeśli wspomnieć niektóre spośród ostatnich prac, to okazuje się, że powikłania ze strony trzustki w postaci przewlekłego zapalenia występują — w kamicy żółciowej w *22%* wg Brocq'a i Miginac'a, w *42%* wg Polacco i Pecco, w 55% wg A. Landaua, B. Glassa i J. Bauera, a nawet w 80% wg Morrisa, Piersola i Bockusa. W chorobie wrzodu żołądka i dwunastnicy przejście zapalenia również i na trzustkę ma następować w *32%* przypadków (Polacco i Pecco). Częstość powikłań ze strony trzustki w cierpieniach wątroby, żołądka oraz dwunastnicy podkreślają u nas również Landsberg, Filiński i Krotoski. To samo dotyczy ostrego zapalenia trzustki, jak podaje T. Butkiewicz w ostatniej swej pracy.

Fakty powyższe dobrze znane klinicystom, stosunkowo niewiele przyczyniły się do częstszego rozpoznawania chorób trzustki przez ogół lekarzy w praktyce codziennej, gdyż metody którymi posiłkowano się dla ustalenia rozpoznania okazały się kłopotliwe i wykonalne tylko w klinikach oraz w dobrze wyposażonych szpitalach.

Zastanawiając się nad wartością dotychczas stosowanych metod badania trzustki doszedłem do wniosku, że po wprowadzeniu pewnych technicznych ulepszeń w obmacywaniu trzustki oraz po należytym uwzględnieniu podstawowych danych kliniki i fizjologii, możemy uzyskać sposoby badania łatwo wykonalne, a co najważniejsze dające wyniki korzystniejsze, niż dawniej. Jak to już wykazałem w pracy poprzedniej [1]) — w tym celu niezbędne jest: 1) nastawienie myśli lekarza na możliwość wciągnięcia trzustki w sprawę chorobową w cierpieniach narządów z nią sąsiadujących i odpowiednie w tym celu zbieranie wywiadów, *2)* wykonywanie bocznej palpacji okolicy trzustki moją metodą [2]), 3) poszukiwanie obecności cukru w moczu oddanym w *2* godziny po obciążeniu węglowodanami (najlepiej 50 g glukozy), 4) oraz oznaczanie diastazy w świeżym moczu: rannym oraz oddanym w *2* godziny po moim próbnym śniadaniu [3]).

Stosując takie postępowanie, łatwo dostępne w zwykłych warunkach pracy lekarskiej, uzyskujemy zespół chorobowy składający się z 4 objawów. W razie stwierdzenia niepełnego zespołu, rzecz oczywista, że mogą powstać trudności rozpoznawcze, lecz wówczas uchronimy się łatwiej od błędu badając chorego dalej oraz traktując go jako podejrzanego co do zajęcia trzustki.

Biorąc powyższe pod uwagę w ciągu prawie dwuletniej pracy, we wszystkich przypadkach chorób narządów sąsiadujących z trzustką zbierałem wywiady oraz badałem ich tak, jakby chorzy ci rzeczywiście wykazywali już schorzenie trzustki. Zwracałem więc baczną uwagę na choroby przebyte, a następnie u każdego z nich systematycznie badałem okolicę trzustki. Jeśli stwierdziłem tam bolesność albo gdy inne dane przemawiały za schorzeniem trzustki, wówczas w każdym takim przypadku starałem się przebadać, co najmniej zachowanie się cukru oraz diastazy w moczu oddanym po odpowiednim próbnym obciążeniu. Jednocześnie u chorych, którzy zgłaszali się do mnie po poradę z powodu cukromoczu świeżej daty, również skrupulatnie przeprowadzałem powyższe badania, by rozstrzygnąć, czy mamy tu do czynienia z zapaleniem trzustki, czy też już z cukrzycą, jako zejściem sprawy chorobowej.

Wyniki zastosowania powyższej taktyki w stosunku do chorych klinicznych, prywatnych oraz leczonych w ambulatorium Szpitala św. Ducha okazały się wysoce korzystne, gdyż udało mi się zebrać materiał dotyczący 100 osób przebadanych według wspomnianego planu, nie licząc tych, u których klinicznie przewlekłe zapalenie trzustki rozpoznałem, lecz z różnych względów nie mogłem przeprowadzić całości badań. Materiał cały podzieliłem na *2* grupy, do pierwszej z nich liczącej 55 osób włączyłem chorych, u których po obciążeniu glukozą lub w pewnym okresie choroby wykazano cukromocz, do drugiej zaś grupy 45 osób nie wykazujących tego objawu.

Omówienie materiału.

Możliwość zebrania dość pokaźnej liczby 100 przypadków przewlekłego zapalenia trzustki i to w stosunkowo niedługim czasie dowodzi tylko, że cierpienie to nie należy również i u nas do rzadkości. Tym samym w stosunku do przewlekłego zapalenia trzustki staje się już niemiarodajnym pogląd Nowickiego, a następnie Krotoskiego, że schorzenie to w Polsce należy do rzadko spotykanych. Przeciwnie, trzeba uznać, że stosując ulepszoną metodę badania winniśmy liczyć się z wykrywaniem tej jednostki chorobowej znacznie częściej, niż dotychczas.

Przystępując do opracowania zebranego materiału omówię tylko rzeczy najważniejsze, zwracając głównie uwagę na odrębność w przebiegu klinicznym tych wczesnych postaci przewlekłego zapalenia trzustki oraz na korzyści wynikające z zastosowanych sposobów badania.

Płeć. Wśród 100 osób z rozpoznanym przewlekłym zapaleniem trzustki było 40 mężczyzn i 60 kobiet (Tablica 1).

Tablica 1.

Zestawienie wg płci.

Autorowie	Mężczyzn	Kobiet
Globalna statystyka autorów		
(Brocq i Miginac)	42%	58%
Cammidge	44%	56%
Grott	40%	60%

Liczby te niewiele różnią się od danych piśmiennictwa i potwierdzają tylko, że kobiety są bardziej usposobione do chorób trzustki. Przyczynę tego zjawiska upatrują autorowie w częstszym występowaniu chorób wątroby u kobiet niż u mężczyzn. Potwierdzają to również i moje liczby przytoczone poniżej.

Tablica 2.

Przewlekłe zapalenie trzustki w zależności od wieku chorych.

Grupa	Osób	Wiek chorych 17	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70
Grott							
I	55	1	14	16	12	11	1
II	45	—	9	18	11	5	2
Razem	100	1	23	34	23	16	3
Brocq i Miginac	191	.		23	27	25	

---

[1]) J. W. Grott: O rozpoznawaniu utajonych postaci przewlekłego zapalenia trzustki. Nowiny Lekarskie. Nr 1. 1937.

[2]) J. W. Grott: W sprawie palpacyjnego badania trzustki. a) Medycyna. Nr 9. 1935; b) Rinascenza Medica. Nr 10. 1935; c) Archiv. f. Verdauungskr. T. 58. 1935; d) Wykłady o trzustce. Wyd. „Medycyny". 1936.

[3]) J. W. Grott: Czynnościowe badanie trzustki. a) Pol Arch. Med. Wewn. Nr 2. 1935 i b) Wykłady o trzustce. Wyd. „Medycyny", 1936.

Wiek. Dane (tabl. 2) wykazują, że największa liczba osób zapada na przewlekłe zapalenie trzustki pomiędzy 30 i 40 r. ż. (34%), a następnie pomiędzy 20 i 30 r. ż. i 40 -50 r. ż. (po 23%) czyli 80% znajdowało się w wieku od 20 do 50 r. ż. Dane te w porównaniu ze statystyką B r o c q'a i M i g i n a c'a według których 75% chorych znajdowało się w wieku od 30 do 60 r. ż wykazują tylko pewne przesunięcie w kierunku młodszego wieku, co jest rzeczą naturalną, gdyż stosując swój sposób postępowania miałem ułatwioną możność rozpoznawania omawianego schorzenia w jego wcześniejszych okresach, które dotąd zbyt często uchodziły uwadze lekarzy.

Choroby przebyte. Baczną uwagę zwracałem na stan narządów sąsiadujących z trzustką oraz na możliwą bezpośrednią przyczynę powstania jej schorzenia. Poucza nas o tym tabl. 3.

Tablica 3.

Zestawienie chorób przebytych.

Grupa	Osób	Schorzenia wątroby	Błąd w diecie	Choroba wrzodu	Uraz	Ciąża	Choroby zakaźne	Przebyte operacje
I	55	30	6	3	2	4	—	—
II	45	26	1	3	3	—	3	3
Razem	100	56	7	6	5	4	3	3

Z przytoczonych liczb wynika, że u 56 chorych na 100 zbadanych w chwili zgłoszenia się do lekarza lub w przeszłości istniało schorzenie wątroby; 7 zapadło na trzustkę, a niektórzy jednocześnie i na wątrobę wkrótce po błędzie w diecie; u 6 zapalenie trzustki wywiązało się w przebiegu choroby wrzodu dwunastnicy; u 5 po urazie w okolicę trzustki; u 4 choroba zjawiła się w czasie ciąży lub zwrócono na nią uwagę w okresie połogowym; zaś u 3 wkrótce po przebytej chorobie zakaźnej; u 3 po zabiegu operacyjnym na wyrostku robaczkowym (2) oraz po skrobance (1). U pozostałych przyczyna choroby okazała się nieuchwytną.

Godne uwagi jest porównanie częstości schorzenia u mężczyzn i kobiet. Okazuje się przy tym, że w grupie I było 17 kobiet z chorobą wątroby, a w II — 22, czyli razem 39. W stosunku do ogólnej liczby chorych kobiety z cierpieniem wątroby stanowiły 39%, mężczyźni zaś 17%. W stosunku do 56 osób z chorą wątrobą 39 kobiet stanowić będzie 69,6%, zaś 17 mężczyzn tylko 30,4%. W świetle tych liczb staje się zupełnie zrozumiałe, dlaczego w moim materiale 60% stanowiły kobiety, a mężczyźni tylko 40%. Wynika z tego, że częstsze cierpienie wątroby u kobiet w zupełności tłumaczy u nich również i zwiększoną zapadalność na zapalenie trzustki.

Tu zaznaczyć wypada, że choroby wątroby u kobiet w Warszawie, a zwłaszcza kamica żółciowa, są bardzo częste. Wskazują na to dane zaczerpnięte ze statystyki przeprowadzonej przez E. S i e d l e c k i e g o w 1924 r. na podstawie materiału sekcyjnego prof. L. P a s z k i e w i c z a z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniw. Warsz. W stosunku do ogólnej liczby badań kamicę żółciową stwierdzono w 14% przypadków. Przy równej prawie liczbie sekcyj mężczyzn (1822) i kobiet (1820), kamica żółciowa u mężczyzn okazała się w 5.3% przypadków, zaś u kobiet w 22,8%, czyli 4,3 razy częściej. Jak podkreśla w swej pracy Wł. J a n o w s k i żadna ze statystyk sekcyjnych różnych krajów i miast nie wykazuje tak znacznego odsetka kamicy żółciowej.

Skargi chorych. Wśród skarg chorych rozróżniałem: a) skargi ogólne dotyczące ogólnego stanu zdrowia badanego oraz b) skargi miejscowe wskazujące na możliwy związek ze schorzeniem narządu. Jeśli pominąć skargi wynikłe wskutek jednoczesnego istnienia cierpienia narządów sąsiadujących z trzustką, to z miejscowych skarg ważną wskazówkę dla zajęcia trzustki stanowiły bóle odczuwane przez chorych w lewym podżebrzu. Objaw ten udało mi się wydobyć w wywiadach u 15 osób.

Co do skarg w charakterze ogólnym, to poszlakę dla zapalenia trzustki stanowiło wybitne wyczerpanie ustroju połączone nieraz z niepomierną utratą sił. Często tacy chorzy uskarżali się na niezdolność do wysiłku, na szybkie zmęczenie, senność zwłaszcza podczas pracy umysłowej oraz na wybitną nerwowość. Objaw ten wykazywało 46 osób (grupa I — 25 osób i grupa II — 21 osób). Niekiedy znów zły stan ogólny oraz nerwowość chorego stawały się źródłem błędnego rozpoznania choroby. Tak np. student Z. S., lat 26, przez czas dłuższy leczył się u wytrawnych neurologów, którzy rozpoznali psychastenię. Leczenie było mało skuteczne, gdyż poprawa zazwyczaj trwała krótko, a nawroty były częste. Dopiero po ustaleniu rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki i zastosowaniu właściwego leczenia udało się uzyskać długotrwałą poprawę pozwalającą myśleć o zupełnym wyleczeniu.

Inny chory Dr W. M., lat 29, od 4 lat cierpiał na wzmożoną pobudliwość nerwową, osłabienie, szybkie męczenie się, bicie serca, drżenie rąk i pocenie się. Dopiero po dłuższym leczeniu przez neurologów na żądanie jednego z nich zbadano cukier we krwi na czczo. Stwierdzono wówczas bardzo niski poziom cukru — 50 mg w 100 cm³ krwi. U chorego wykryłem wyraźną bolesność w okolicy trzustki, bardzo niską tzw. hipoglikemiczną krzywą cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 g glukozy a w moczu rannym 200 jedn. diastazy. I tu po zastosowaniu leczenia właściwego dla zapalenia trzustki szybko nastąpiła wybitna poprawa.

Cenną wskazówkę dla schorzenia trzustki stanowiło też stwierdzenie szybkiego chudnięcia. Objaw ten podało w wywiadach 31 chorych. (I gr. — 20 i II gr 11 osób). Niektórzy spośród nich w ciągu krótkiego okresu czasu utracili na wadze od 7 do 14 kg. Inni znów jak np. chora Z. Ł. cierpiąc na przewlekłe zapalenie trzustki nierozpoznane w ciągu kilku lat, to raptownie chudła, to znów przybywała na wadze. Spadkowi wagi zawsze towarzyszyły zły stan ogólny oraz silna nerwowość. Z chwilą rozpoznania schorzenia trzustki zastosowane właściwe leczenie połączone ze wstrzykiwaniami insuliny szybko postawiło chorą na nogi.

Poza tym ważny objaw stanowiło wzmożone pragnienie. Stwierdziłem je 16 razy, z tego 15 razy u chorych grupy I z cukromoczem i 1 raz w grupie II bez tego objawu. Dodać należy, że chorzy ci w ogóle wykazywali tylko niewielkie odchylenia od prawidłowej krzywej cukru we krwi tak, że objawu tego nie można było łączyć z przecukrzeniem krwi.

U 3 kobiet z grupy I występował świąd sromu. Objaw ten u chorej Z. Ł. powtarzał się prawie w każdym nawrocie przewlekłego zapalenia trzustki. Towarzyszyło mu zazwyczaj swędzenie całego ciała. U chorej T. S. z bardzo niską krzywą cukru we krwi świąd sromu wybitnie wzmagał się przed każdą miesiączką. Z pozostałych chorych tylko Dr T. podał, że miewał swędzenie skóry na całym ciele.

Dawniejsi autorowie przypisywali duże znaczenie rozpoznawcze współczulnemu podrażnieniu ślinianek z następowym ślinotokiem u chorych z zapaleniem trzustki. Według ostatnich prac objaw ten spotyka się niezbyt często. Rzeczywiście występował on u moich chorych tylko 6 razy na 100 zbadanych (2 razy w grupie I i 4 razy w grupie II). U chorego E. H., ślinotok utrzymywał się w ciągu dwóch lat trwania choroby i to zarówno w dzień, jak i podczas snu, zaś u Dr M. A. objaw ten występował głównie podczas snu. Chorzy po przebudzeniu spostrzegali dużą ilość śliny na poduszce. U chorej M. T. z zapaleniem przewlekłym trzustki w następstwie napadu kamicy żółciowej, ślinotok zjawił się trzykrotnie w postaci napadów w odstępach kilkunastodniowych.

Wreszcie wymienić należy, że u jednego chorego karbunkuł, a drugiego czyraczność stały się powodem zwrócenia o poradę lekarską i przyczyniły się do wykrycia cukromoczu, oraz zapalenia trzustki. Chora M. T., skarżyła się na smak metaliczny w ustach. Zazwyczaj chorzy nie gorączkowali, niektórzy przez czas dłuższy mieli stany podgorączkowe. Ciepłoty wyższe spostrzegało się tylko w zależności od współistniejących schorzeń narządów sąsiednich i to najczęściej z powodu zakażenia dróg żółciowych.

Badanie fizyczne trzustki.

Palpacja okolicy trzustki. Badanie wykonywałem sposobem własnym opisanym w 1935 r. w Nr 9 „Medycyny". Wśród 100 osób zbadanych wykryłem 71 razy (32 w grupie I i 39 w grupie II) bolesność w okolicy trzustki o różnym natężeniu. Z tego u 17 osób (I grupa 8 i II grupa 9 osób) wyczuwało się trzustkę na bocznej powierzchni kręgosłupa w postaci bolesnego wałka, a u jednego chorego jako nieduży guz trzonu. Najczęściej można stwierdzić bolesność trzustki w obrębie jej skrzyżowania z boczną powierzchnią kręgosłupa lub z tętnicą brzuszną, a w poszczególnych przypadkach również i w okolicy odpowiadającej położeniu głowy narządu. Przy ucisku ból zwykle powstawał w miejscu przypuszczalnego położenia trzustki, dość często promieniował do kręgosłupa lub do krzyża, a w wyjątkowych razach do pępka (2 osoby na 100), zaś u wspomnianej już chorej Z. Ł. z niewątpliwym przewlekłym zapaleniem trzustki ból szedł w kierunku serca.

Bolesność okolicy trzustki, a zwłaszcza możność jej wymacania u niektórych chorych stanowiła bardzo wartościowy objaw dla rozpoznania. Dodać muszę, że przy wykonywaniu palpacji

trzustki dawnymi sposobami, w przewlekłym zapaleniu wyczuwało się ją tylko w razie istnienia głębszych zmian, powodujących znaczne powiększenie narządu. Świadczą o tym wyniki ankiety Filińskiego przeprowadzone w tej sprawie wśród badaczów chorób trzustki. Z tego też względu uznać należy, że mój sposób palpacji trzustki dla praktyki stanowi widoczny postęp.

Badania trzustki należy wykonywać ściśle stosując się do wskazówek podanych przeze mnie w wymienionej pracy. W praktyce stwierdzenie bolesności trzustki posiada tę niewątpliwą wartość, że zwraca uwagę lekarza na potrzebę przebadania tego narządu. Rzecz oczywista, że ocena wartości objawu w każdym poszczególnym przypadku oraz ostateczne rozpoznanie zależeć winny od wyniku całokształtu tych badań.

Z bolesnością w okolicy trzustki bardzo blisko łączy się stwierdzenie przeczulicy w tej okolicy. Objawowi temu duże znaczenie rozpoznawcze przypisuje G. Katsch, a następnie Berger. Stwierdziłem go u 14 osób, czyli stosunkowo w niewielkiej liczbie przypadków. Na podstawie nabytego doświadczenia powiedzieć mogę, że objaw ten posiada niewątpliwie znaczenie w razie swej obecności, wskazuje bowiem na proces chorobowy w okolicy trzustki, lecz jego brak podczas badania niczego nie dowodzi.

Godzi się zaznaczyć, że w omawianych 100 przypadkach obok bolesności trzustki u 71 osób, stwierdzało się bolesność wątroby u 39 chorych.

Badania pracowniane.

Cukromocz. U wszystkich chorych podejrzanych o zapalenie trzustki, jako najważniejsze przeprowadziłem badanie na obecność cukru w moczu oddanym w 2 godziny po obciążeniu ustroju 50 g glukozy. Po stwierdzeniu cukru w moczu bezpośrednio lub po obciążeniu glukozą lub po wykryciu innych objawów wyraźnie przemawiających za chorobą trzustki przeprowadziłem badanie krzywej cukru we krwi.

Na 55 osób, które wykazywały obecność cukromoczu w przebiegu choroby, tylko u 45 wykryto powtórnie ten objaw podczas badania krzywej. Zaznaczyć należy, że 25 chorych tej grupy zwróciło się o poradę z rozpoznaniem lub w obawie cukrzycy, gdyż wykryto u nich cukromocz świeżej daty. Bolesność okolicy trzustki u tych chorych oraz dalsze badanie przekonały mnie tylko, że mamy tu do czynienia z cukromoczem jako objawem przewlekłego zapalenia trzustki. Toteż od chwili poznania powyższych faktów w każdym przypadku cukrzycy, zwłaszcza świeżej, bardzo skrupulatnie poszukuję dowodów dla czynnego jeszcze schorzenia trzustki, gdyż rzecz ta ma doniosłe znaczenie zarówno dla rozpoznania, jak i dla leczenia.

U niektórych chorych zachowanie się cukromoczu było wielce zmienne. Tak np. u Siostry Ang.[4]) pierwsze obciążenie glukozą wykazało w moczu 0,6% cukru, a w parę dni później podczas badania krzywej po zastosowaniu tego samego obciążenia cukromoczu nie stwierdziłem. Chora B. T. przy pierwszym obciążeniu glukozą miała 0,7% cukru w moczu, a następnego już dnia przy wykonywaniu krzywej glikemii objawu tego już nie wykazywała. Przykładów podobnych mógłbym przytoczyć więcej.

Ponieważ u chorych tej kategorii i inne objawy wskazywały na niewątpliwe zapalenie trzustki, przeto fakty te dowodzą tylko, że nawet przemijającego cukromoczu lekceważyć nie wolno, gdyż stanowi on cenny objaw dla rozpoznania. W każdym takim przypadku należy wykonać wszelkie inne dostępne badania umożliwiające potwierdzenie lub obalenie istnienia choroby trzustki. Zresztą nadmienić należy, że zmienne i przelotne występowanie cukromoczu w chorobie trzustki jest objawem znanym i od dawna przytaczanym w pracach autorów. Nie było dotąd tylko większej liczby badań wykazujących zachowanie się cukromoczu w zapaleniach trzustki po okresowym obciążeniu glukozą[5]).

U wszystkich chorych wykazujących cukromocz (grupa I 55 osób) oraz u 22 bez cukromoczu z grupy II wykonano krzywą cukru. W grupie I najczęściej krzywe były wyższe i wykazywały częste odchylenia od stanu prawidłowego, gdyż szczyty były wyższe od 180 mg, a po 90—120' poziom cukru we krwi jeszcze był podwyższony (110 mg). Jednak w tej grupie (I grupa), a zwłaszcza w grupie II nie brakowało przypadków z bardzo sprawną przemianą węglowodanową. Przejawiało się to w niskich „hipoglikemicznych krzywych cukru", co mogło świadczyć o wzmożonym wytwarzaniu insuliny przez ustrój.

Oprócz tego godzi się zaznaczyć, że u swych chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki dość często widywałem cukromocz przy prawidłowym lub obniżonym progu nerkowym. Gdy zmiany chorobowe mijały cukromocz znikał, pomimo, że krzywe cukru we krwi stawały się wyższe, wracając do stanu prawidłowego. Dane dotyczące zachowania się przemiany węglowodanowej w zapaleniach trzustki omówiłem szczegółowo w oddzielnej pracy[5]), przeto tu ograniczam się do wyłożenia tylko najważniejszych rzeczy. We wspomnianej pracy wykazałem również, że niskie krzywe glikemii często stanowią ważny dowód istnienia nieprawidłowego stanu trzustki.

Streszczając dane przytoczone powyżej należy tylko podkreślić, że licząc się ze zmiennym zachowaniem się przemiany węglowodanowej oraz progu nerkowego w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki: 1) nie należy nigdy lekceważyć cukromoczu nawet, gdy go stwierdzono tylko przejściowo, 2) w razie ujemnych wyników badania moczu na obecność cukru w przypadkach podejrzanego schorzenia trzustki — badania należy powtórzyć kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu, 3) że w razie stwierdzenia cukromoczu przy prawidłowej lub niskiej krzywej glikemii nie należy poprzestać na rozpoznaniu, tzw. cukromoczu nerkowego, lecz szukać trzeba dalszych dowodów schorzenia trzustki.

Diastaza w moczu.

Następne z kolei badanie polegało na oznaczeniu diastazy w moczu rannym oraz w 2 godziny po moim próbnym śniadaniu. Otrzymane wyniki zawiera tablica 4. Z przedstawionych

Tablica 4.

Diastaza w moczu.

	Osób	Zwiększona diastaza*)		Liczba przypadków z poziomem diastazy w moczu			
		osób	%	100 j.W.	200 j.W.	400 j.W.	800 j.W.
Grupa I	55	27	50	11	10	3	3
Grupa II	45	20	44,5	10	4	1	5
Razem	100	47	47	21	14	4	8

*) 100 j. Wohlgemutha i więcej $(D\frac{37^0}{24\text{-h}})$.

w niej liczb wynika, że prawie w połowie przypadków (47%) przewlekłego zapalenia trzustki udaje się wykryć dla diastazy w moczu liczby wysoce podejrzane za jakie uważam 100 jednostek Wohlgemutha $(D\frac{37^0}{24\text{-h}})$ lub nieprawidłowe, tj. wyższe od 100 j. W. Co do diastazy w moczu, to niektórzy autorowie np. Skoog, a u nas Krotoski przyjmują jako prawidłowe liczby znacznie wyższe od wymienionych przeze mnie. Ogół badaczy poglądu tego nie podziela. Praca J. Nusbauma (1928 r.) oraz badania moje znajdujące się w opracowaniu również przeczą temu. Jeśliby nawet uznać, że dopiero 200 j. W. dla diastazy w moczu stanowi poziom nieprawidłowy, to i tak w 26% omawianych przypadków skrycie przebiegającego przewlekłego zapalenia trzustki objaw ten jest możliwy do wykazania (I grupa 16 osób, II grupa 10 osób). Wynika z tego, że badanie moczu na zawartość diastazy, jako czynnik pomocniczy, pożyteczny dla rozpoznania powinno być również wykonywane w przewlekłym zapaleniu trzustki. Zaznaczyć jednak należy, że tu również nie można poprzestać na jednorazowym, zwłaszcza ujemnym badaniu, gdyż, jak mnie moje doświadczenie przekonało w niektórych przypadkach niewątpliwego zapalenia trzustki objaw ten zachowuje się zmiennie zależnie od przebiegu choroby. Dopiero okresowo wykonywane oznaczenie zaczynu w moczu pozwoliło mi nieraz uchwycić wybitne nieprawidłowe liczby świadczące o głębszych, choć przelotnych zaburzeniach w trzustce. Zwłaszcza dotyczy to wczesnych postaci choroby zazwyczaj przebiegających skrycie.

Wysoki poziom diastazy w moczu u moich chorych rozpatrywany łącznie z innymi objawami klinicznymi stanowił wysoce wartościowy czynnik w rozpoznaniu schorzeń trzustki. Wzmożona diastaza w moczu świadczy albo o ułatwionym przenikaniu zaczynu do krwi w następstwie przekrwienia trzustki, albo też o jego utrudnionym odpływie przez drogi trzustkowe. Prawidłowy poziom diastazy w moczu choroby trzustki nie wyklucza.

---

[4]) Przypadek ten opisałem w pracy ogłoszonej w „Medycynie". Nr 23. 1935.

[5]) J. W. Grott: „Zachowanie się przemiany węglowodanowej w zapaleniu trzustki". Medycyna. Nr 24, 1936.

Inne badania.

Jak zaznaczyłem we wstępie, gromadząc materiały do niniejszej pracy poszukiwałem chorych ze skrycie przebiegającym zapaleniem trzustki. Z natury rzeczy były to przypadki lżejsze, a więc ludzie chodzący, leczący się prywatnie lub w przychodni dla chorób przemiany materii w Szp. św. Ducha i tylko niewielka ich liczba mogła być badana w klinice. Tym tłumaczą się trudności w wykonywaniu liczniejszych badań. To też poza krzywą glikemii oraz diastazą w moczu, tylko w części przypadków udało się wykonać inne próby. Do nich zaliczam przede wszystkim badanie kału na trawienie włókien mięsnych i tłuszczu po trzydniowej diecie befsztykowej [6]). U kilku chorych badanie wykonano po próbnej diecie Schmidta. W ten sposób przebadano 32 osoby, a z tego w połowie przypadków (16 osób) udało się wykazać więcej lub mniej upośledzone trawienie białka lub tłuszczu. Zwykle u tych chorych najłatwiej i najczęściej można było wykazać złe trawienie włókien mięsnych.

U 26 chorych wykonano zgłębnikowanie dwunastnicy z racji jednoczesnego schorzenia dróg żółciowych. U 10 osób tej grupy udało się jednocześnie określić zaczyny w treści dwunastnicy. Dla trypsyny i diastazy otrzymano liczby prawidłowe, tylko poziom lipazy zwykle okazywał się nieco niższy lub niekiedy bardzo wyraźnie obniżony. Tak np. u chorej J. S. w porcji A. B. i C. lipaza odpowiednio wynosiła: 9,5, 5,5 i 8,0; trypsyna: 512, 1024 i 2048, a diastazy we wszystkich 3 porcjach żółci było więcej, niż po 5120 jednostek.

U 13 chorych zbadano morfologię krwi. Zwykle stwierdzało się nieznaczną niedokrewność, leukocytoza obojętnochłonna była zwiększona u chorych gorączkujących odpowiednio do wahań ciepłoty. U chorych nie gorączkujących dość często występowała zwiększona względna limfocytoza. Wybitnej monocytozy o której wspominał Filiński nie spostrzegałem, gdyż tylko 4 chorych miało nieco zwiększoną monocytozę (2 po 10, 1 — 11 i 1 — 14 monocytów).

W 12 przypadkach zbadano treść żołądkową, u 2 chorych wykryto bezsoczność, u 2 liczby prawidłowe, a u 8 wysokie (HCl wolny powyżej 65).

U 10 chorych zbadano opadanie krwinek: było ono przyspieszone tylko w przypadkach przebiegających z gorączką i to przeważnie spowodowaną przez cierpienie dróg żółciowych.

Obraz kliniczny skrycie przebiegającego zapalenia trzustki.

Na podstawie przedstawionego materiału możemy obecnie narysować obraz kliniczny choroby. Mieliśmy tu do czynienia w 80% przypadków z osobnikami w wieku od lat 20 do 50, jednak najczęściej pomiędzy 30 a 40 r. ż. (34%), z przewagą kobiet (60%), oraz z częstym schorzeniem wątroby, istniejącym w chwili badania lub w przeszłości (56%). Jako stosunkowo częsty objaw występowało upośledzenie stanu ogólnego (46%), czemu w przebiegu choroby towarzyszyło nieraz raptowne chudnięcie (31%), wzmożone pragnienie (16%), oraz bóle w lewym podżebrzu (15%).

Tablica 5.

Częstość występowania objawów u 100 chorych z utajonym przewlekłym zapaleniem trzustki.

Wywiady.	%
1. Schorzenie wątroby w chwili badania lub w przeszłości	56
2. Wyczerpanie ogólne	46
3. Szybkie chudnięcie	31
4. Pragnienie	16
5. Bóle lewostronne	15
6. Choroba wrzodu dwunastnicy	6
7. Ślinotok	6
8. Uraz w okolicy trzustki	5
9. Świąd sromu	3
10. Swędzenie całego ciała	1
Objawy przedmiotowe.	
1. Palpacyjna bolesność okolicy trzustki	71
2. Cukromocz po obciążeniu 50 g glukozy lub samoistny przed badaniem	55
a) cukromocz samoistny 25 osób	
b) cukromocz po powtórnym obciążeniu glukozą 45 osób	
3. Upośledzenie trawienia białka i tłuszczu (badanie kału u 32 osób)	50
4. Diastaza w moczu:	
a) 100 j. W. i więcej	47
b) 200 j. W. i więcej	26
5. Przeczulica w okolicy trzustki	14

Chorzy ci podczas badania fizycznego, niezależnie od przypuszczalnych objawów dotyczących schorzałych narządów sąsiednich, wykazują często palpacyjną bolesność w okolicy trzustki (71%) oraz przeczulicę miejscową (14%). Badania pracowniane stwierdzają u nich występowanie cukromoczu samoistnego, lub po obciążeniu glukozą w 55% przypadków, zaś jednoczesne badanie krzywych glikemii wykazuje jeszcze większą liczbę przypadków z zaburzeniami w przemianie węglowodanowej. Również częste są zaburzenia w zachowaniu się diastazy w moczu, gdyż wysoki jej poziom udało się wykazać w 47% przypadków. Trawienie białka lub tłuszczu oznaczone na podstawie badania kału po diecie próbnej bywa umiarkowanie upośledzone prawie w połowie zbadanych wypadków.

Rzecz oczywista, że znaczna część wymienionych objawów nie jest swoista dla schorzenia trzustki, za najbardziej swoiste jednak uznać należy zaburzenia w spalaniu węglowodanów, zwiększenie diastazy w moczu, upośledzenie trawienia białek i tłuszczu oraz palpacyjną bolesność trzustki.

Przebieg kliniczny i rokowanie.

Chorzy pozostawieni sami sobie lub leczeni niewłaściwie wskutek braku prawidłowego rozpoznania zazwyczaj niedomagają długo, gdyż po dłuższych lub krótszych okresach samoistnej poprawy często zjawiają się nawroty. Jako przykład w tym względzie służyć mogą przypadki już przytaczane wyżej jak np. Z. Ł. oraz Z. S. i D. M. Godzi się zaznaczyć, że jak wynika z wywiadów chora Z. Ł. po raz pierwszy zachorowała na zapalenie trzustki w IV miesiącu ciąży w 1924 r. Od tego czasu na przemian występowały u niej okresy poprawy lub pogorszenia z szeregiem typowych objawów oraz z nieodłącznym cukromoczem, który po zbadaniu cukru we krwi traktowano jako objaw niewinny, występujący wskutek obniżonego progu nerkowego. Dopiero na wiosnę 1936 r., czyli po 12 latach trwania choroby ustalono prawidłowe rozpoznanie.

Gdy cierpienie trzustki rozpoznano właściwie, dalszy jego przebieg zależał od wielkości zmian chorobowych w narządzie, czasu trwania schorzenia oraz od możliwości usunięcia ujemnych wpływów ze strony narządów sąsiednich na samą trzustkę. Jeżeli cierpienie trzustki okazało się świeżej daty, a sąsiedztwo przestało wywierać wpływ ujemny, to poprawa następowała szybko. Gdy znów choroba nierozpoznana trwała długo np. przeszło 3 lata jak np. u E. H., to nic dziwnego, że dopiero 18 miesięcy uporczywego leczenia nareszcie zaczęło dawać wyniki korzystne.

Na podstawie prawie dwuletniego badania pewnej liczby tego rodzaju chorych, dochodzę do wniosku, że rozpoznawszy przewlekłe zapalenie trzustki, przebiegające dotąd skrycie trzeba z góry przyjąć, że jest to cierpienie uporczywe, wymagające długotrwałego systematycznego leczenia. O wyleczeniu całkowitym mówić można dopiero po upływie szeregu miesięcy należycie wykonywanego leczenia.

Przebieg kliniczny zazwyczaj bywa bezgorączkowy lub co najwyżej towarzyszy mu stan podgorączkowy. Ciepłoty wysokie zwykle zależą od schorzenia narządów sąsiadujących z trzustką, która wówczas cierpi wtórnie. Tu pomyśleć należy jeszcze, że dość często schorzenie narządów sąsiadujących z trzustką uspokaja się zupełnie (np. wątroba po ataku kamicy), a powikłanie ze strony trzustki trwa miesiące całe, przebiegając skrycie.

Toteż nic dziwnego, że cierpienie to nierozpoznane lub nieleczone należycie może trwać lata całe. Niekiedy kończy się ono samowyleczeniem. Przypuszczać jednak należy, że częściej po okresach poprawy i pogorszenia wreszcie ujawni się dzięki wystąpieniu powikłań. Do tych zaliczyć należy, jako rzecz stosunkowo rzadszą ostre lub podostre zapalenie trzustki. Częściej jednak skrycie przebiegające przewlekłe zapalenie trzustki po długim okresie trwania, do tego stopnia upośledza wydzielniczą czynność trzustki, że zmusza chorego do szukania porady lekarskiej już wskutek zupełnie wyraźnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, spowodowanych przez upośledzenie wydzielania zewnętrznego lub też wskutek cukrzycy powstałej w następstwie wyczerpania aparatu wysepkowego trzustki.

[6]) W trzydniowej diecie próbnej badany otrzymywał między innymi codziennie po 75 g befsztyku po angielsku na śniadanie i kolację, a 120 g na obiad oraz 100—120 g masła w ciągu dnia.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie schorzenia trzustki nie jest trudne o ile się o nim z góry myśli. Wówczas wywiady oraz badanie kliniczne dostarczą lekarzowi całego szeregu poszlak, które zwracają uwagę na trzustkę, nakażą mu wykonać badania pomocnicze potrzebne dla rozpoznania.

W pracy niniejszej przedstawiłem materiały dotyczące 100 przypadków skrycie przebiegającego przewlekłego zapalenia trzustki. Wszyscy byli przebadani według planu nakreślonego w pracy poprzedniej [7]). Nie włączyłem tu pokaźnej liczby chorych, u których przewlekłe zapalenie trzustki rozpoznałem klinicznie, lecz niezbędnych badań wykonać nie mogłem.

Jako podstawę do rozpoznania przyjąłem 4 objawy: 1) charakterystyczne wywiady, 2) palpacyjna bolesność trzustki, 3) cukromocz oraz 4) zwiększenie diastazy w moczu. Trzy ostatnie objawy zespołu mające bezpośredni związek z trzustką uważałem jako najpewniejszy dowód. Do rzędu tych objawów należało by również zaliczyć badanie kału po diecie próbnej. Niestety u chorych przychodnich ze względu na brak pewności co do wykonania samej diety nieraz trudno wysnuwać wnioski o wartości samego badania, zwłaszcza jeśli warunki materialne chorego również stały temu na przeszkodzie. Z tego powodu badanie kału wykonane zostało tylko u 1/3 chorych i w danych przypadkach, o ile wykazało upośledzenie czynności trzustki, odpowiednio do rozpoznania wykorzystane zostało.

W ten sposób opierając się na objawach uznanych przeze mnie jako główne przy odpowiednim zestawieniu ich z wywiadami i z badaniem fizycznym oraz przebiegiem klinicznym w każdym poszczególnym przypadku ustaliłem rozpoznanie choroby. Ze względu na korzystne zastosowanie przeze mnie modyfikacyj do metod stosowanych dawniej, znacznie częściej, niż poprzedni autorowie wykrywałem objawy dodatnie wskazujące na schorzenie trzustki, dzięki czemu rozpoznania moje mogły być oparte nie na jednym, lecz na zespole składającym się z kilku objawów.

Gdybym w poszukiwaniu skrycie przebiegającego przewlekłego zapalenia trzustki przyjął jako wytyczne objawy wskazywane przez B e r g e r a (bóle lewostronne, przeczulica, lewostronny wysięk opłucnowy), G u b e r g r i c a (wychudzenie, pragnienie i zwiększone łaknienie nawet bez przecukrzenia krwi i cukromoczu) oraz K a t s c h a (przeczulica i bóle lewostronne), to najprawdopodobniej u swych chorych w wielu przypadkach nie wykryłbym schorzenia trzustki. Wskazują na to również dane dotyczące częstości stwierdzonych przeze mnie objawów przytoczone w opisie klinicznym omawianej tu jednostki chorobowej. Najbardziej wartościowym objawem okazało się wykrycie bolesności w okolicy trzustki stwierdzane za pomocą mojego sposobu badania.

Leczenie.

Jak zaznaczyłem wyżej przewlekłe zapalenie trzustki dość często wymaga długotrwałego leczenia dla całkowitego usunięcia choroby. W leczeniu mych chorych postępowałem według zasad wyłożonych w mej pracy o przewlekłym zapaleniu trzustki [8]). Tu pragnę tylko podkreślić, że za wstęp do leczenia przyjąć należy usunięcie przyczyny podtrzymującej schorzenie trzustki. Jeśli nią jest cierpienie narządu sąsiedniego, to je przede wszystkim wypada usunąć.

Co się zaś tyczy trzustki samej, to jako najważniejszy środek leczniczy wymienić należy insulinę oraz miejscowo stosowane zabiegi cieplne. Insulinę podawałem 1—2 razy dziennie w dawkach nie przekraczających 10 jednostek na raz. Stanowi ona podstawowy lek najszybciej przywracający chorym siły oraz względnie dobry stan kliniczny. Insulinę można również stosować i u chorych z tzw. hipoglikemiczną postacią przewlekłego zapalenia trzustki, lecz wówczas dawkowanie musi być bardzo staranne, dawki insuliny małe i dieta odpowiednio zastosowana z uwzględnieniem nie tylko jakości i ilości przyjmowanych pokarmów, lecz również i pory ich przyjmowania w zależności od wstrzykiwań insuliny, a chory winien być w stałym zetknięciu z lekarzem.

Zabiegi cieplne stosowane miejscowo na okolicę trzustki zwykle stosunkowo szybko usuwały bolesność narządu stwierdzaną badaniem. Korzystne wyniki leczenia dała mi również diatermia krótkofalowa zastosowana u 18 chorych na okolicę trzustki.

---

[7]) J. W. G r o t t: O rozpoznawaniu utajonych postaci przewlekłego zapalenia trzustki. Nowiny Lekarskie. Nr 1. 1937.

[8]) J. W. G r o t t: Medycyna. Nr 23. 1935.

Ważniejsze źródła piśmiennicze:

B e r g e r: patrz: Szyffman i Wajnsztok. Warsz. Czas. Lek. Nr 3. 1936. — B r o c q P. i M i g i n a c: Les pancréatites chroniques. 39-e Congrès français de Chirurgie. Paryż 1930. F. Alcan. — B u t k i e w i c z T.: Wykłady o trzustce. Wyd. „Medycyny", 1936. — F i l i ń s k i W.: Medycyna. Nr 41. 1928 oraz Pol. Arch. Med. Wewn. 1, str. 43. 1924. — G r o t t J. W.: 1) Wykłady o trzustce. Wyd. „Medycyny" 1936. 2) Pol. Arch. Med. Wewn. Nr 2. 1935. 3) „Medycyna": a) Nr 9, 1935, b) Nr 23, 1935, c) Nr 24, 1936. 4) Nowiny Lekarskie Nr 1, 1937. 5. Rinascenza Medica. Nr 10, 1935. 6) Archiv. f. Verdauungskr. T. 58, 1935. — G u b e r g r i t z M.: Arch. f. Verdauungskr. 50. Z. 1—2. Str. 89. 1931. — J a n o w s k i Wł.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. 2. Z. 4. 1925. — K a t s c h G.: M. m. Wschr. Nr 14. Str. 505. 1934. — K r o t o s k i J.: Chirurgia kliniczna. 3. Z. 1. Str. 1. 1931. — L a n d a u A., G l a s s B. i B a u e r J.: Pol. Gaz. Lek. Nr 49. 1929. — L a n d s b e r g M.: Pol. Gaz. Lek. Nr 42. Str. 815. 1922. — M o r r i s, P i e r s o l i B o c k u s: Arch. of int. Med. 35. Nr 2. Str. 204. 1925. — N o w i c k i: wg Krotoskiego. — N u s b a u m J.: Pol. Arch. Med. Wewn. 6. Z. 2. Str. 251. 1928. — P o l a c c o E. i P e c c o R.: Klin. Wschr. Nr 39. Str. 1867. 1928. — S i e d l e c k i E.: Warsz. Czas. Lek. Nr 9. Str. 339. 1924. — S k o o g T.: Acta Chir. Scand. 63. Z. 4—5. Str. 374. 1928.

Dr Wiktor TOMASZEWSKI. Poznań.

O niemiarowości fizjologicznej tętna i oddychania.

Doświadczenia wykonane w Instytucie Fizjologii w Lozannie. Dyrektor: Prof. Dr A. F l e i s c h.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Pozn. Dyrektor: Prof. Dr W. J e z i e r s k i.

Lekarz w swej praktyce spotyka się nieraz z niemiarowością tętna i oddechu w najrozmaitszych przypadkach chorobowych.

Rodzaj i miarowość tętna palpacyjnie stwierdzalne dają nam wgląd w mechanizm działania serca w łatwo dostępny sposób bez żadnych specjalnych przyrządów. Miarowość tętna jest też cechą zdrowego układu krążenia.

Jednakże to „miarowe" na pozór tętno stwierdzane palpacyjnie, nie jest nim w rzeczywistości, jeżeli badamy tętno przy pomocy przyrządów dokładnie notujących czas tętna. Nasze bowiem zmysły są zbyt niedoskonałe, aby oceniać minimalne różnice czasu. Różnice czasu poniżej 0,1—0,15 sek. nie dają się palpacyjnie stwierdzić.

Jeżeli wykonamy dokładne pomiary czasu tętna okazuje się, że nie ma ludzi z idealnie miarowym tętnem. Przy dokładnym pomiarze czasu stwierdza się, że zarówno tętno, jak i oddech są u zupełnie zdrowych ludzi w warunkach zupełnego spokoju i izolacji od jakichkolwiek bodźców zewnętrznych zawsze w mniejszym lub większym stopniu nieregularne.

Metodyka.

Badania moje fizjologicznej niemiarowości tętna i oddechu wykonałem na kilkunastu zupełnie zdrowych osobnikach w wieku od 20—25 lat. Osoby badane znajdowały się w warunkach zupełnego spokoju w ciemnym pokoju w pozycji półleżącej. Zapisywanie tętna i oddechu zaczynałem po 15-minutowym odpoczynku badanych osób.

Do rejestracji czasu tętna i oddechu posługiwałem się bardzo dokładnym przyrządem do mierzenia czasu *(Zeitschreiber)* prof. F l e i s c h a. Przyrząd ten służy do mierzenia czasowych przebiegów rytmicznych procesów a więc tętna, oddychania; dalej można nim mierzyć ilość i czas w jakim padają krople (w badaniach farmakologicznych i fizjologicznych) itd.

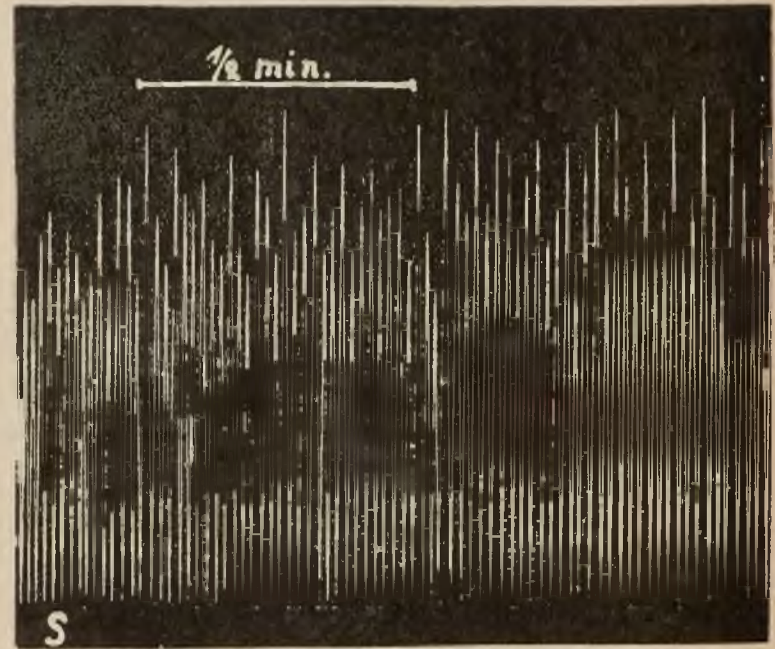
Ruchy tętna były przenoszone z lewej ręki *(arteria radialis)* za pośrednictwem peloty z rtęciową elektrodą, w której ruchy poziomu rtęci włączają i przerywają kontakt aparatu rejestracyjnego.

Aparat ten zapisuje w postaci linii obok siebie stojących czas upływający między szczytem jednej fali tętna a szczytem drugiej z dokładnością ± 0.004 sek. Jest on tak skonstruowany, że długość linii 1 cm licząc od linii zerowej odpowiada dokładnie 0,15 sek. Stąd można odczytywać wprost z obrazu długość czasu.

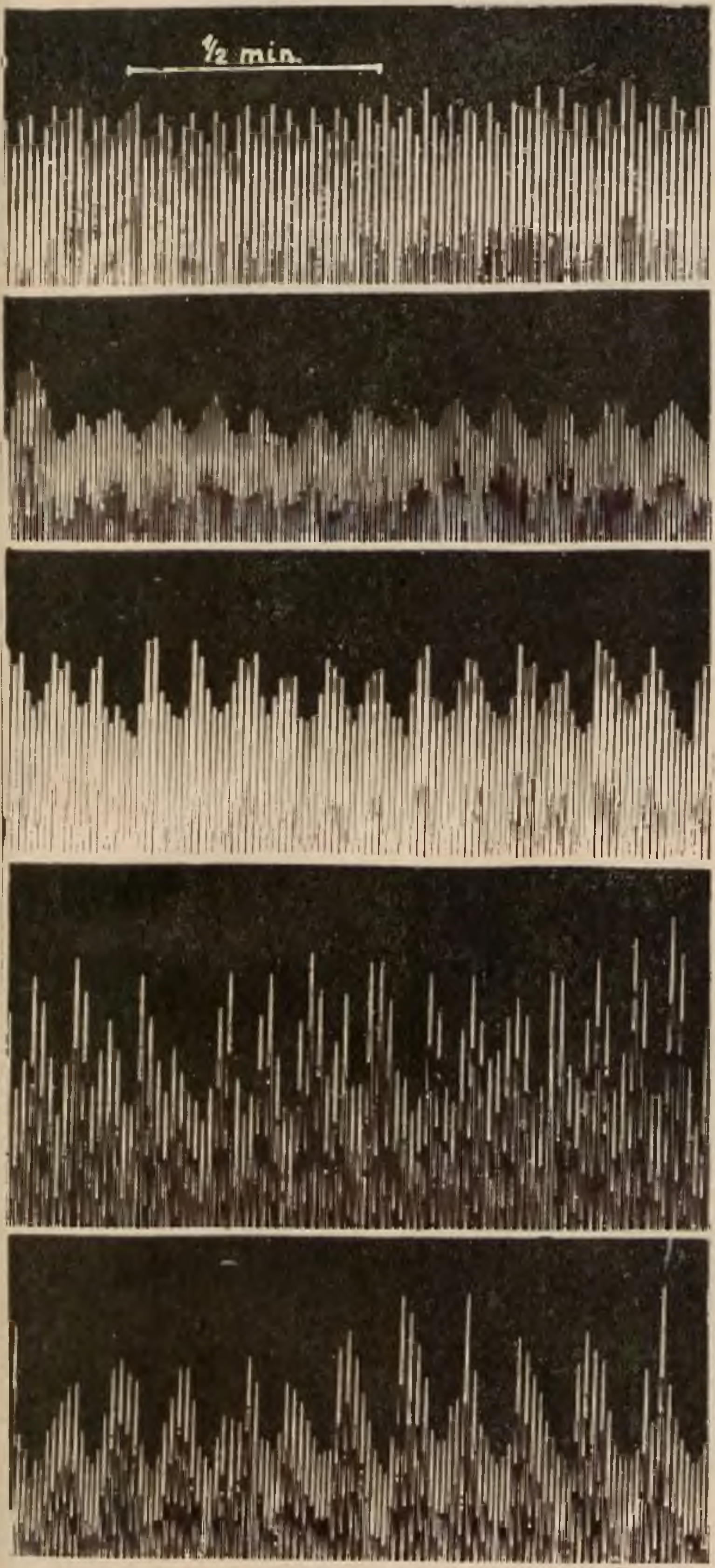
* * *

Już dawniej rozmaici autorowie znajdowali niemiarowość tętna u zupełnie zdrowych ludzi przy rejestracyjnej metodzie przedstawiania pulsu. Zdania jednakże co do występowania i nasilenia tej niemiarowości były dość różne ze względu na niedoskonałość techniki.

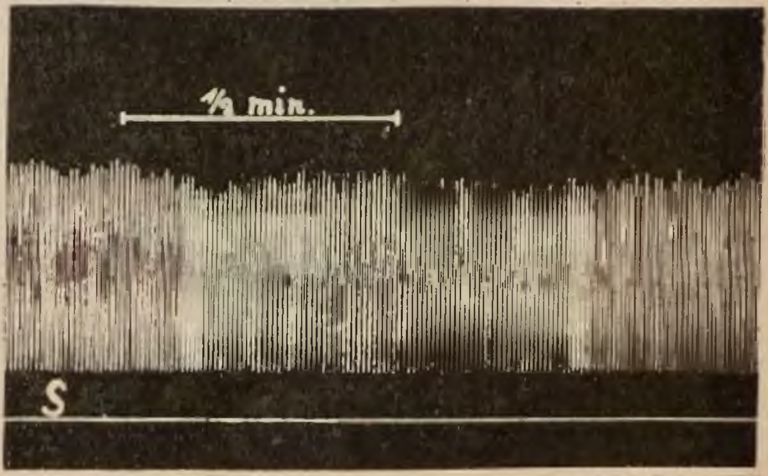
Ryciny do pracy Dr W. Tomaszewskiego pt.: *O niemiarowości fizjologicznej tętna i oddychania.*



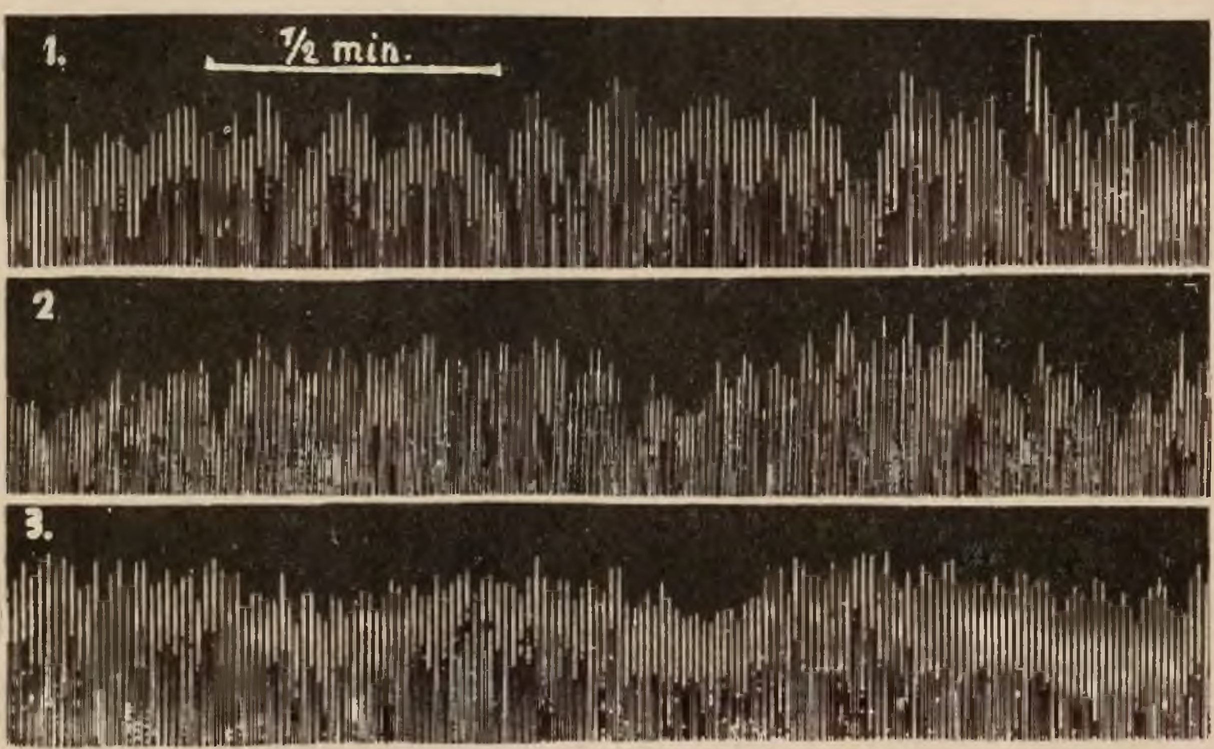
Ryc. 1. Czas tętna zdrowego człowieka w stanie zupełnego spoczynku w pozycji półleżącej. Akcja serca 56/min. Odbitka zmniejszona do 3/4 normalnej wielkości. U dołu linia S oznacza linię sygnału. 1 mm prostopadłych linii czasu tętna na orygin. wynosi 1,5/100 sek. Czas (1/2 minuty) zaznaczony na rycinie. Oznaczenia na innych odbitkach są te same.



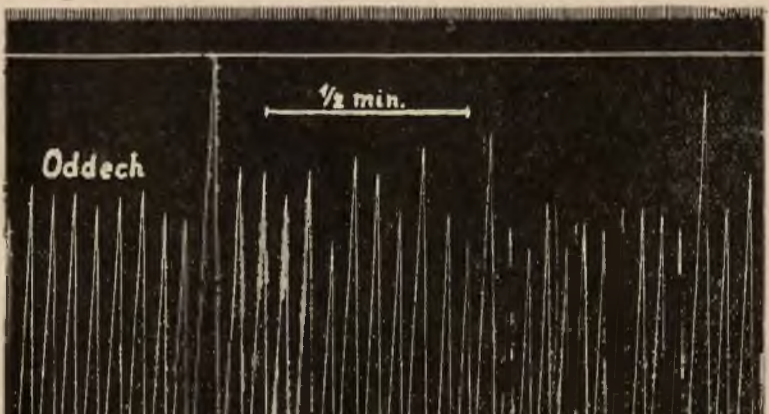
Ryc. 2. Czas tętna. Rozmaity stopień niemiarowości oddechowej tętna u 5 zdrowych ludzi. Dla zaoszczędzenia miejsca przedstawiona jest tylko górna część wykresów na których są widoczne okresowe falowania.



Ryc. 3. Czas tętna u człowieka z thyreotoxicosis. Akcja serca 115/min. W porównaniu do ryc. 1. czas tętna jest znacznie krótszy. Brak jest prawie zupełny niemiarowości oddechowej. Czas tętna jest prawie „równy".



Ryc. 4. Czas tętna. Fale długie u 3 zdrowych ludzi. Nr 1. fale długie I stopnia. Nr 2. Częściowo fale długie II i III stopnia. Nr 3. Fale długie III stopnia. Dolna część wykresów obcięta.



Ryc. 5. Czas oddechów. Zupełna niemiarowość oddychania u człowieka w stanie zupełnego spokoju w pozycji półleżącej. Rycina zmniejszona prawie do 1/2 normalnej wielkości. 1 mm prostopadłych linij czasu na oryginale odpowiada 5/100 sek. Na górnym brzegu zaznaczone drobne kreski oznaczają uderzenia serca. Czas (1/2 min.) zaznaczony na rycinie.

Aby obliczyć czas między poszczególnymi uderzeniami tętna, trzeba było dawniej rejestrować fale tętna na szybko przebiegającym papierze. Następnie odmierzano czas od jednego wierzchołka fali tętna do drugiego. Była to bardzo żmudna praca, a poza tym zapisywanie odbywało się tylko w krótkim przeciągu czasu ze względu na kosztowność długich rejestracyi i trudności przy obliczaniu czasu trwania poszczególnych fal tętna.

Nierówność akcji serca u zupełnie zdrowych ludzi można również stwierdzić na krzywej elektrokardiograficznej. Prawie nigdy poszczególne okresy czasu od R do R, czyli od skurczu komór serca do następnego skurczu komór nie są zupełnie dokładnie te same. Dokładniejsza analiza wahań częstości tętna w przeciągu dłuższego czasu (np. ½—1 godz.) jest przy metodzie elektrokardiograficznej ogromnie utrudniona ze względu na niemożność wykonywania bez przerwy zdjęć Ekg oraz na kosztowność takich badań.

Stąd też aparat Fleischa, rejestrujący czas, stanowi duże ułatwienie i postęp; dozwala bowiem od razu przedstawić graficznie w postaci linii ułożonych jedna obok drugiej czas trwania poszczególnych uderzeń tętna. Poza tym dozwala na zapisywanie czasu tętna czy oddechów bez przerwy w przeciągu bardzo długiego czasu (do godziny i dłużej), przy bardzo małych kosztach (na okopconym papierze).

Niemiarowość oddechowa tętna.

Już w warunkach zupełnego spokoju u zdrowych ludzi daje się niekiedy zauważyć nawet palpacyjnie niewielkie wahania w miarowości tętna. Są to lekkie przyspieszenia przez kilka uderzeń tętna i nieznaczne zwolnienia przez kilka następnych uderzeń. Wahania te są zależne od oddychania, w czasie wdechu tętno ulega nieznacznemu przyspieszeniu, w czasie zaś wydechu niewielkiemu zwolnieniu.

Niemiarowość fizjologiczna tętna może być zupełnie nieprawidłowa, jak to wykazuje rycina 1. Jednakże najczęściej występują rytmiczne okresowe wahania niemiarowości. Można przy tym odróżnić kilka rodzajów tych okresowych wahań, o czym szczegółowiej niżej.

Nasilenie niemiarowości fizjologicznej jest wyrażone w różnym stopniu u rozmaitych ludzi, zależnie od indywidualnych właściwości badanych osobników, częstości tętna itd.

Na rycinie 2 są przedstawione różne stopnie niemiarowości w czasie zupełnego spokoju wzięte u 5 zupełnie zdrowych osobników.

Różnice czasu między czasem poszczególnych fal tętna są niekiedy dość wybitne i dochodzą u moich badanych do 1/4 a nawet do 1/3 między czasem tętna w okresie wdechu, a czasem tętna w okresie wydechu. Przeliczając na częstość tętna otrzymywałem w moich badaniach w skrajnych przypadkach różnicę od 20—30 na minutę. W jednym przypadku z bardzo wybitną niemiarowością oddechową tętna częstość tętna podczas wdechu wynosiła 72/min. a podczas wydechu 44/min.

Nasilenie niemiarowości oddechowej tętna jest zależne w dużym stopniu od częstości tętna, przy tętnie wolnym niemiarowość jest zwykle znacznie wybitniejsza, niż przy tętnie szybkim. Przy bardzo szybkim tętnie niemiarowość oddechowa tętna znika prawie zupełnie. Wygląd czasu tętna przy wolnym i przy szybkim tętnie jest przedstawiona na rycinie 1 i 3. W pierwszym przypadku częstość tętna wynosiła średnio 56 na min., w drugim natomiast przypadku, pochodzącym od osobnika z nadczynnością tarczycy, częstość tętna wynosi 115/min.

U jednego i tego samego osobnika niemiarowość oddechowa tętna, która w czasie spokoju jest bardzo wybitna, znika prawie zupełnie, jeśli tętno ulega znaczniejszemu przyspieszeniu np. przy pracy fizycznej lub przy innych bodźcach.

Z dawniejszych autorów Vierordt, Hüsler, Mosler i inni posługując się metodą rejestracyjną stwierdzali zupełnie nieregularne, na przemian występujące, raz krótsze raz dłuższe okresy czasu poszczególnych fal tętna. Natomiast von der Muhll nie stwierdzał żadnych zmian. Również Janowski, który posługiwał się sfygmografem Jacqueta do rejestracji tętna nie znalazł wyraźnego wpływu częstości tętna, oddychania i wieku na miarowość tętna. Przy sfygmografach Jacqueta zapisywanie trwa zbyt krótko i ilość zapisywanych fal tętna jest zbyt mała, aby można wyciągać z tego pewne wnioski.

Tętno bardzo miarowe z minimalnymi różnicami czasu spotyka się natomiast w pewnych przypadkach chorobowych. Według Wenckebacha bardzo regularny „równy" puls *(„starrer" Puls* niem. autorów) oznacza już pewien nienormalny stan. I tak znalazł Funke bardzo minimalne różnice czasu tętna w przypadkach wzmożonego ciśnienia przy niektórych kombinowanych wadach serca, dalej przy zwapnieniu żył bez wybitnego wzrostu ciśnienia, a Mosler spotykał bardzo regularny czas tętna w przypadkach choroby Basedowa, spostrzeżenie, które potwierdziliśmy w jednym przypadku nadczynności tarczycy. Niektórzy autorowie wyrażają nawet przypuszczenie, że „równość" tętna jest prawdopodobnie pierwszym objawem rozpoczynającej się dekompensacji (Fleisch, Funke itd.).

Kraus, Goldschmidt i Seelig stwierdzali „równe" tętno w przypadkach chorób połączonych z wysoką ciepłotą, dalej przy zatruciu alkoholem oraz w pewnych stadiach narkozy. W ogóle stwierdza się „równość" i regularność czasu tętna we wszystkich przypadkach, gdzie istnieje zwiększenie częstości tętna; stąd też w *tachycardia paroxysmalis* ta stałość i miarowość czasu tętna jest szczególnie wybitnie wyrażona.

Jako graniczną liczbę między fizjologiczną niemiarowością a tętnem „równym" uważa Fleisch rozproszenie do 3/100 sek. (rozproszenie obliczane metodą statystyczną). W przypadkach chorobowych te wahania czasu tętna są minimalne i obracają się około 2/100 sek., 1/100 sek., lub nawet poniżej. Natomiast u ludzi zdrowych niemiarowość czasu tętna jest większa i różnice czasu mogą osiągać liczby znacznie wyższe, bo do 15/100 sek. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że niemiarowość powyżej 3/100 sek. występująca normalnie u zdrowych nie wyklucza bynajmniej schorzeń serca.

Nie mamy jeszcze dotychczas dostatecznego wytłumaczenia tej stałości i regularności czasu tętna w przypadkach chorobowych. Rozmaite poglądy dotyczące tego zagadnienia opierają się tylko na przypuszczeniach.

U młodych osobników, szczególnie u dzieci jest ta niemiarowość oddechowa silniej wyrażona, niż u starszych. Jest ona znacznie wybitniejsza w stanach zmniejszonej świadomości a mianowicie podczas snu (Wiersma).

Fale długie.

Oprócz okresowej niemiarowości tętna zależnej od oddychania stwierdza się u zdrowych ludzi rytmiczne wahania czasu tętna o znacznie dłuższych okresach, niż fale oddechowe. Są to tzw. długie fale. Występują one jednakże znacznie rzadziej, niż niemiarowość oddechowa.

Takie długie okresowe wahania w czasie tętna czyli długie fale spostrzegali już i opisywali rozmaici autorowie (Fongs, Blumenfeld i Putzig, Funke). Zdaniem ich są one wyraźniejsze podczas pracy psychicznej, natomiast Staehelin opisuje takie okresowe występowanie wahań częstości tętna szczególnie przy pracy mięśniowej oraz po pracy.

W zależności od długości tych długich fal okresowych odróżnia się fale długie I., II. i III. stopnia. Według Fleischa czas trwania tych trzech rodzajów fal jest następujący:

Fale długie I. stopnia	10 sek.
Fale długie II. stopnia	15—25 sek.
Fale długie III. stopnia	1 min.

Jest to naturalnie tylko schemat przeciętnego czasu poszczególnych fal.

Na rycinie 4 przedstawione są długie fale różnego stopnia. Jak z ryciny widać te długie okresowe wahania III. stopnia o czasie trwania około 1 min. zawierają w sobie fale mniejsze I. stopnia. Poza tym dają się jeszcze odróżnić zupełnie drobne fale zależne od rytmu oddechowego.

Praktycznie nie zawsze można wyraźnie odróżnić poszczególne fale. Istnieją przejścia między poszczególnymi falami. Fale te interferują też często między sobą zwłaszcza z falami oddechowymi; stąd oznaczanie ich jest nieraz bardzo utrudnione. Poza tym, jak już wspomniano długie fale występują o wiele rzadziej niż fale oddechowe. Najłatwiej można odgraniczyć fale I. i III. stopnia. Fale te są niezależne od oddychania. Przy zatrzymaniu bowiem oddechu występują w dalszym ciągu szczególnie fale I. stopnia i są nawet lepiej odgraniczone, gdyż nie przeszkadzają im fale oddechowe.

Przy tętnie „równym" bardzo regularnym np. przy wysokiej ciepłocie lub *tachycardia paroxysmalis* te długie fale znikają podobnie, jak fale zależne od oddychania. Znaczenie ich nie jest jeszcze wyświetlone.

Mechanizm okresowych wahań w częstości tętna.

Zarówno fale oddechowe, jak i fale długie są wywołane najprawdopodobniej wahaniami w napięciu nerwu błędnego. Za tym przypuszczeniem przemawiają rozmaite dane doświadczalne.

Fleisch na podstawie wyników otrzymanych przy stosowaniu adrenaliny i atropiny dochodzi do wniosku, że podrażnienie nerwu błędnego przez małe dawki atropiny wywołuje zwiększenie niemiarowości oddechowej tętna oraz fal długich I. stopnia; natomiast zahamowanie czyli blokada nerwu błędnego wywołuje zmniejszanie obu. Tak samo Lommel i Pongs podają, że porażenie nerwu błędnego przyczynia się do znikania niemiarowości oddechowej tętna, wskutek czego tętno staje się zupełnie regularne, „równe".

Częstość tętna jest uzależniona od częstości powstawania bodźców w węźle zatokowym. Jednakże stale na drodze nerwów sercowych *(n. vagus* i *n. accelerans)* dochodzą do serca bodźce hamujące i pobudzające, wskutek czego serce znajduje się stale w równowadze niestałej między działaniem układu sympatycznego i parasympatycznego.

Jeśli chodzi o mechanizm niemiarowości oddechowej tętna to, jak badania doświadczalne wykazywały, może ona powstawać wskutek dwóch przyczyn, mianowicie:

1) wskutek wpływu centralnego ośrodka oddechowego. Stwierdzono bowiem, że u kuraryzowanego psa, u którego ruchy oddechowe były zupełnie zniesione występowały okresowe wahania tętna zupełnie tak samo, jak przed kuraryzacją, w związku z procesem oddychania (Foa);

2) przez wpływu odruchowe na drodze nerwowej powstające w związku z ruchami oddechowymi płuc i okresowymi zmianami ciśnienia krwi. Jak badania doświadczalne Hering'a wykazały, można u zwierząt przez nadmuchanie płuc wywołać przyśpieszenie tętna. Autor ten jest zdania, że również *n. accelerans* gra rolę w tych odruchach. Można bowiem wywołać podobne zmiany tętna po przecięciu *n. vagus.*

Zmiany w oddychaniu.

Dokładne zapisywanie czasu oddechów wykazuje, że podobnie, jak w zakresie krążenia występują u ludzi w warunkach zupełnego spokoju bardzo wyraźne zmiany rytmu oddechowego. Czas poszczególnych oddechów był zapisywany na tym samym kimografionie za pośrednictwem pneumografu Berta i odpowiedniego przerywacza rtęciowego przez drugi aparat rejestracyjny Fleischa. Można przy tym zapisywać osobno czas wdechu i wydechu lub też tylko czas jednej całej fazy oddechowej (wdech + wydech razem).

Czas trwania poszczególnych oddechów może wykazywać zupełną nieregularność. Krótsze i dłuższe okresy oddechowe zmieniają się na przemian bez jakiejkolwiek prawidłowości. Na ryc. 5 przedstawiony jest zupełnie nieprawidłowy, stale zmieniający się czas trwania poszczególnych okresów oddechowych. Często można jednakże w przebiegu rytmu oddechowego wykazać okresowe regularne wahania się długości oddechów. Regularny rytm oddechowy w spoczynku zmienia się bardzo łatwo pod wpływem najdrobniejszych bodźców cielesnych i psychicznych przechodząc w płytki powierzchowny i krótki lub w głęboki i długi oddech, aż do zupełnego czasowego zatrzymania w przypadku przestrachu itd.

Streszczenie.

Wykonane zostały badania na zdrowych ludziach za pomocą specjalnego urządzenia zapisującego czas tętna i oddychania celem stwierdzenia zachowania się tętna i oddechu w czasie spoczynku.

Okazuje się, że w warunkach zupełnego spokoju występuje prawie u wszystkich zdrowych ludzi nieustanne wahanie w częstości tętna zależne od napięcia w układzie sympatycznym i parasympatycznym. Wahania w częstości tętna przebiegają najczęściej rytmicznie w postaci fal. W zależności od oddychania występują okresowe wahania częstości tętna (tzn. niemiarowość oddechowa tętna), polegające na przyspieszeniu tętna w czasie wdechu i zwolnień w czasie wydechu. Poza tym niezależnie od fal oddechowych w tętnie występują jeszcze niekiedy wahania częstości tętna o znacznie dłuższych okresach, tzw. długie fale I, II i III stopnia.

Bardzo równy czas tętna, nie wykazujący prawie żadnych wahań, występuje raczej w przypadkach schorzeń serca oraz w przypadkach znaczniejszego przyspieszenia akcji serca.

Podobnie jak w tętnie stwierdza się w przebiegu oddychania (przy zapisywaniu czasu oddychania) w warunkach zupełnego spokoju zmiany długości oddechu bądź to zupełnie nieregularne, bądź też okresowo występujące, jednakże mniej regularne niż w tętnie.

Piśmiennictwo:

1) Blumenfeld i Putzig: Pflügers Archiv. T. 155. Str. 443. 1914. — 2) Fleisch A.: Handb. der biolog. Arbeitsmetoden (Abderhalden'a) Abt. V. Teil 8. Str. 905. — 3) Fleisch A.: Zeitschr. f. die ges. exper. Medizin. T. 80. Str. 487. 1932. — 4) Fleisch A.: Arch. f. die ges. Psychologie. T. 87. Z. 3/4. Str. 532. 1933. — 5) Fleisch A., Masing i Beckmann Z.: Zeitschr. f. die klin. Mediz. T. 119. Z. 5/6. Str. 618. 1932. — 6) Fleisch A.: Schweiz. Mediz. Wochschr. Nr 11. Str. 254. 1932. — 7) Fleisch A: Fortschritte der Medizin. Nr 14. 1932. — 8) Gunke R.: Verh. Kongr. inn. Med. Str. 465, 1909; Str. 396, 1914. — 9) Hering H. E.: Pflügers Archiv f. d. ges. Physiol. T. 60. Str. 429. 1895; Wiener med. Woch. Nr 16, 1923; Münch. m. Woch. Nr 37. 1910. — 10) Janowski: Deutsch. Arch. Klin. Med. T. 91. Z. 3/4. 1907. — 11) Kraus, Golschmidt u. Seelig: Z. exper. Med. T. 53. Str. 249. 1926. — 12) Lommel F.: Deutsch. Arch. Klin. Med. T. 72. Str. 215. 1902. — 13) Pongs A.: Der Einfluss tiefer Atmung auf den Herzrythmus. Berlin. J. Springer 1923. — 14) Rihl J.: Handb. der norm. u. path. Physiologie. J. Springer. Berlin 1926. Bd. VII. 1 cz., str. 449. — 15) Seelig S.: Zeitschr. Klin. Med. T. 108. Str. 279. 1928. — 16) Staehelin: Deutsch. Arch. Klin. Med. T. 59. Str. 79. 1897 — 17) Wenckebach K. F.: Die unregelmässige Herztätigkeit. Leipzig 1927. — 18) Wiersma E. D.: Z. Neurol. T. 19. Str. 1. 1913.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Sprawozdanie z kursu w Państwowo-Lekarskiej Akademii w Berlinie (Staatsmedizinische Akademie) (Polityka zdrowotna i dziedziczno-rasowa, higiena i choroby zakaźne, orzecznictwo, organizacja i ustawodawstwo).

W związku z wprowadzeniem w kwietniu 1935 roku w Niemczech jednolitej ustawy o zdrowiu publicznym, wcielającej w życie liczne postulaty narodowo-socjalistycznej polityki z zakresu dziedziczności i rasy, powstała konieczność specjalnego przeszkolenia lekarzy i zmiany programu kursu w 2 istniejących obecnie w Niemczech akademiach państwowo-lekarskich.

Dla lekarzy starszych, posiadających za sobą już pewną praktykę i doświadczenie w służbie zdrowia, skrócony został czas trwania kursu z 3 na 2 miesiące. Ukończenie kursu i 6-tygodniowa praktyka w zakładzie dla umysłowo chorych są wymagane do dopuszczenia do egzaminu na lekarzy urzędowych.

Przy pomocy polskiego Konsulatu Generalnego w Berlinie uzyskałem jako jedyny obcokrajowiec przyjęcie na kurs, którego ukończenie leżało w programie moich 8-miesięcznych studiów za granicą.

Wykłady odbywały się w domu Langenbecka-Virchowa przy Luisenstrasse 58/59, ćwiczenia praktyczne w odpowiednich zakładach i instytutach.

Opłata za kurs wynosiła 100 RM.

Kurs trwał od 15 października do 19 grudnia 1936 roku i obejmował następujące gałęzie wiedzy i wykłady:

I. Polityka zdrowotna, pielęgnowanie dziedziczności i rasy.

1) Pielęgnowanie dziedziczności i rasy i publiczna służba zdrowia, wykład programowy — Dyrektor sł. zdrowia M. S. Wewn. Dr Gütt.

2) Teraźniejszość i przyszłość służby zdrowia w narodzie — Dr Conti.

3) Myśl rasowa w narodzie — Dr Gross.

4) Pielęgnowanie dziedziczności w ustawodawstwie — Dr Ruttke.

5) Wiedza o dziedziczności i rasie — Prof. Dr Eugen Fischer.

6) Nauka o dziedziczności — Prof. Dr Paula Hertwig.

7) Rasy Europy — Doc. Dr Abel.

8) Dziedziczenie cech umysłowych i choroby umysłowe — Dr Geyer.

9) Wykłady kliniczno-psychiatryczne — Prof. Dr Thiele.

10) Schorzenia narządu oddechowego i krążenia oraz zagadnienie gruźlicy z punktu widzenia dziedziczności — Prof. Dr von Verschuer.

11) Dziedziczenie schorzeń nerwowych i nerwic — Prof. Dr Bremer.

12) Patologia dziedziczności i higiena rasy przy schorzeniach narządu krążenia, gruczołów wkrewnych i żołądka (zagadnienie raka) — Prof. Dr Curtius.
13) Dziedziczne schorzenia oczu — Prof. Dr Löhlein.
14) Dziedziczne schorzenia uszu — Prof. Dr Claus.
15) Choroby kobiece i zaburzenia w fizjologicznych czynnościach kobiety z punktu widzenia dziedziczności — Prof. Dr Wagner.
16) Dziedziczenie cielesnych zaburzeń rozwojowych. — Dr Eckhardt.
17) Problemy higieny rasy — Prof. Dr Lenz.
18) Empiryczna prognoza dziedziczna — Prof. Dr Rüdin.
19) Ruch ludności i zasady polityki ludnościowej — Dr ekon. publ. Burgdörfer.
20) Znaczenie biologii dziedzicznej dla wychowania — Prof. Dr Reiter.
21) Metody i znaczenie historycznej genealogii i hodowlanej wiedzy o rodzinie dla diagnozy i prognozy dziedzicznej — Prof. Dr Astel.
22) Nowotworzenie niemieckiego chłopstwa, jako konieczność narodowa — Dr Rechenbach.
23) Współdziałanie lekarza urzędowego w rasowo-higienicznym osadnictwie — Dr Schottky.
24) Tępota umysłowa — Dr Dubitscher.
25) Ustawa o zapobieganiu choremu potomstwu — Dr praw Matzner.
26) Technika sterylizacji — Dr Neupert.

II. Higiena i choroby zakaźne.

27) Higiena osiedli — Prof. Dr Lehmann.
28) Higiena wojskowa i osadnictwo — *Oberfeldarzt* Doc Dr Brekenfeld.
29) Walka z robactwem — Prof. Dr Haase.
30) Higiena pracy i choroby zawodowe — *Gewerbemedizinalrat* Dr Gerbis.
31) Walka z chorobami zakaźnymi — Dr Bieber.
32) Ostre choroby zakaźne — Prof. Dr Schultz.
33) Ustawa i technika szczepień — Prof. Dr Gins.
34) Praktyczny kurs badań pasożytów oraz serologiczny i higieniczny — Prof. Dr Zeiss (nie brałem udziału).

III. Prowadzenie służby zdrowia i opieka zdrowotna.

35) Podstawowe zagadnienia prowadzenia służby zdrowia — Dr Hoske.
36) Problemy wyżywienia z lekarskiego stanowiska — Prof. Dr Flössner.
37) Zagadnienia organizacji i propagandy w dziedzinie wyżywienia — Dr agr. Ertel.
38) Traktowanie ćwiczeniami i sport wyrównawczy i szkoła pracy — Prof. Dr Gebhardt.
39) Zagadnienia zdrowotne wieku dziecięcego — Prof. Dr Bessau.
40) Prawne podstawy walki z chorobami wenerycznymi — Dr Werr.
41) Higiena szkolna — Dr Schweers.
42) Drogi i organizacja walki z gruźlicą, technika organizacji opieki i ustawodawstwo — Dr Redeker.
43 Cele i zadania narodowo-socjalistycznej opieki społecznej — Althaus.

IV. Orzecznictwo lekarskie, medycyna sądowa i anatomia patologiczna.

44) Psychiatria sądowa — Prof. Dr Thiele (nie brałem udziału).
45) Działalność lekarza więziennego — lekarz więzienny Dr Frommer.
46) Orzecznictwo psychiatryczne u dzieci i młodzieży — Prof. Dr Stier.
47) Orzecznictwo chorób wewnętrznych — Prof. Dr Umber.
48) Orzecznictwo chorób nerwowych — Prof. Dr Bremer.
49) Orzecznictwo wypadków chirurgicznych i gruźlicy chirurgicznej — Prof. Dr Peiper.
50) Biologia kryminalna — Dr Schütt.
51) Choroby umysłowe i przestępstwa — Dr Weimann.
52) Wypadki drogowe i wykrywanie alkoholu we krwi — lek. polic. Dr Hoffmann.
53) Sądowa medycyna — Dr Weimann (nie brałem udziału).
54) Znaczenie i technika oznaczania grup krwi — Dr Sütterlin.
55) Kurs anatomii patologicznej — Prof. Dr Koch.
56) Kurs sekcyjny z ćwiczeniami diagnostycznymi (w różnych prosektoriach berlińskich (nie brałem udziału).

V. Organizacja i ustawodawstwo.

57) Organizacja państwa i miasta — Landrat Dr pr. Conti.
58) Ustawodawstwo sanitarne — Dr Möbius.
59) Lekarskie zagadnienia w ubezpieczeniu społecznym i zaopatrzeniu państwowym — Dr Scholtze.
60) Publiczna opieka społeczna — Ruppert.
61) Problem walki z narkotykami — Fenerstein.
62) Ustawodawstwo o artykułach żywności i handlu mlekiem — Prof. Dr Bames.
63) Obrót lekami i aptekarstwo — Fieck.
64) Praktyczne ćwiczenia w kontroli aptek — Fieck i inni (nie brałem udziału).

VI. Gazoznawstwo — kurs 3-dniowy, w którym nie brałem udziału.

Przytoczyłem szczegółowo cały program, gdyż najłatwiej się tak zorientować w całokształcie organizacji kursu i w ogromnym materiale, który został wtłoczony w 2-miesięczny okres czasu. Wykłady i ćwiczenia praktyczne trwały dzień cały i przy końcu wyczerpującego kursu twarze wszystkich uczestników mocno przybladły ze zmęczenia i przepracowania.

W ciągu tego krótkiego czasu przewinęło się przed nami 68 wykładowców, lekarzy, prawników, urzędników ministerialnych, profesorów uniwersytetu, często wybitnych badaczy i uczonych.

Zgodnie z wytycznymi całej polityki narodowo-socjalistycznej w obecnych Niemczech, w programie wykładów dominowały potężnie wszelkie zagadnienia z dziedziny nauki o dziedziczności i rasie, które wszyscy niemieccy lekarze urzędowi muszą sobie doskonale przyswoić. W każdym urzędzie zdrowia potworzono specjalne komórki, które wyłącznie tylko tymi zagadnieniami się zajmują, a dążeniem władz jest w ciągu najbliższych lat zaprowadzić kartotekę rasowo-dziedziczną całej ludności.

Kosztem zagadnień rasowo-dziedzicznych uszczuplono znacznie inne dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej.

Na kursie byliśmy podzieleni na grupy, każda na czele z przewodnikiem. Mojej grupie przewodniczył kolega Gdańszczanin. Wykładowców witaliśmy przez wstanie i podniesienie prawego ramienia; podczas wykładów objawiano zadowolenie przez tupanie nogami, niezadowolenie — przez szuranie o podłogę. Większość kolegów postępowała ze mną z dość dużą rezerwą, chociaż całkowicie poprawnie.

Organizacja wykładów i zajęć praktycznych bardzo dobra.

Przytoczę parę charakterystycznych i ważniejszych momentów z niektórych wykładów:

Szef niemieckiej służby zdrowia Dyr. Dr Gütt ma wykład wstępny, występując w czarnym mundurze sztafet ochronnych (S. S.) z czerwonym znakiem swastyki na ramieniu. Szkicuje podstawy ideologiczne służby zdrowia w III Rzeszy.

Zwraca uwagę, że Niemcy powołane są do obrony kultury zachodnio-europejskiej przed grożącym niebezpieczeństwem ze strony Rosji bolszewickiej i Żydów. By tę szczytną misję spełnić trzeba się oczyścić z obcych elementów wnoszących ducha rozkładu i słabości. Toteż zagadnieniem podstawowym narodowo-socjalistycznej służby zdrowia jest rasa i jej czystość; wyizolowanie najbardziej wartościowych elementów germańskich i stworzenie warunków do ich rozwoju jakościowego i ilościowego. Dzisiaj lekarz niemiecki decyduje o biologii narodu niemieckiego.

Następnie analizuje Dr Gütt najnowsze ustawodawstwo z dziedziny omawianych, a w szczególności ustawę sterylizacyjną. Statystyk nie ujawnia się, są jednakże nieliczne przypadki śmiertelne w następstwie zabiegów operacyjnych, słuszne są zatem próby sterylizacji energią promieniotwórczą. W orzecznictwie sterylizacyjnym należy rozgraniczyć rolę lekarza urzędowego, prawnika przedstawiciela władz politycznych i lekarza prywatnego, wystrzegać się wszelkich sugestyj protekcyjnych, nawet co do członków partii. Konieczna jest współpraca z lekarzami oddziałów S. S. Ogromny nacisk kładą władze na poradnictwo przedślubne, które uwzględniać musi przede wszystkim zagadnienie dziedziczności. Zadaniem lekarzy jest wychowywać społeczeństwo w tym duchu, by wzbudzić w nim zrozumienie i samopoczucie dla tych zagadnień. Zapoczątkowana olbrzymia praca zakładania kartotek genealogicznych rodów stanowić będzie materiał bezcenny i podstawę do działalności komórek

rasowo-dziedzicznych urzędów zdrowia. By wyłowić możliwie kompletny i dokładny materiał konieczna jest współpraca ze szpitalami, poradniami, sanatoriami itp. Do kierownictwa akcją pielęgnowania rodzin (*„Familienpflege“*) posługiwać się należy jak najczęściej fotografiami głów z przodu i z boku, gdyż to najlepiej utrwali pojęcie o typie rasowym jednostki i da możność po latach łatwego obserwowania przodków. Prócz strony cielesnej, doceniać też należycie duchową. Nie zapominać, że „nordycki kit przede wszystkim łączy Niemców“.

Po paru uwagach krytycznych pod adresem kościoła katolickiego, apeluje do lekarzy, by czuwali nad stosunkami obyczajowymi i nad prawdziwą etyką pożycia płciowego, pomni, że panuje tu dużo zaśniedziałych poglądów, sprzecznych z pojęciami narodowo-socjalistycznymi.

Dr Geyer przytacza metody badania dziedziczenia inteligencji. Podnosi, że olbrzymi materiał amerykański (93.973 białych i 18.891 czarnych) wykazał ogromną wyższość inteligencji ras białych nad czarnymi. Demonstruje rodowody specjalnie uzdolnionych rodów, gdzie w bardzo licznych generacjach spotyka się dużą ilość jednostek wybitnych (Darwin, Mozart, Bach).

Zachodzi zupełna zgodność w wynikach nauki dzieci, a stopniem inteligencji ich rodziców. Najbardziej przekonywujące są jednakże badania bliźniąt jednojajowych, prowadzone w instytutach berlińskich w Dahlem (w obserwacji 2.000 bliźniąt). Bliźnięta mają prawie zawsze ten sam typ snu (zasypianie, budzenie się, pozycja ciała podczas spania) jako wyraz tego samego typu regulacji napięcia dróg parapiramidowych. Również obserwowana u bliźniąt idealna zgodność innych cech charakteru, usposobienia, upodobań, wskazuje dobitnie na doniosłość podłoża dziedzicznego.

Troska o dobór wysokowartościowego materiału ludzkiego nakazuje w imię dobra ogólnego sterylizować osobniki dotknięte chorobami dziedzicznymi. Jest to dziedzina głównie psychiatrii, gdyż w Niemczech żyje obecnie około pół miliona chorych umysłowo: 300.000 schizofreników, 100.000 psychofreników, 100.000 epileptyków. Umysłowo tępych liczy się na 2 miliony! Lentz na podstawie swoich badań przyjmuje, że wśród ludności Niemiec jest 4% oligofrenów. Należy pamiętać, że osobniki te płodzą się najliczniej i przeciętnie mają po 3 dzieci. Konsekwentnie prowadzona sterylizacja spowoduje, że poziom intelektualny narodu podniesie się w ciągu 2—3 pokoleń nie do poznania, a społeczeństwo pozbawi się balastu.

Podaje metody badania w kierunku odróżnienia dziedzicznych schorzeń umysłowych i tępoty od nabytych, które nie podlegają sterylizacji.

Prof. Fischer, *antropolog* — określa rasę, jako grupę ludzi, mającą pewne wspólne cechy dziedziczne, polemizując ze stanowiskiem genetyka, uważającego, że rasa, to grupa, która pewnymi charakterystycznymi cechami odróżnia się od innych.

Naturalnie, że w każdej z cech charakteryzujących daną grupę musi być pewna skala odczynowa (*„Reaktionsbreite“*), gdyż pamiętać musimy, że wpływ mają tu również czynniki zewnętrzne, jak pokarm, wychowanie itp.

Rasy wytworzyły się przez mutacje chromosomów w zarodku, co jest rzeczą niesłychanie rzadką u ludzi. Jedne geny łatwiej, inne trudniej mutują, np. łatwiej geny cech duchowych, barwy skóry, włosów. Izolacja pewnych grup rasowo odmiennych nastąpiła bądź przez dobór naturalny, bądź przez wywędrowanie w inne strony.

Prof. Reiter, *problemy wychowania*. Do ostatnich czasów nikt z wychowawców nie myślał biologiczno-dziedzicznie, a w systemie wychowywania panował całkowity szablon. Kształtowanie się cech charakteru i umysłu, to wypadkowa dziedzicznego podłoża i wpływu otoczenia. Wychowanie musi iść w tym kierunku, by dobre podłoże wzmacniać, a usuwać ujemne wpływy otoczenia.

Praca to żmudna, nauczyciel może mieć najwyżej 25 dzieci, pamiętając, że dziecko, które łatwo daje się okiełznać, to zazwyczaj bez charakteru.

Dr praw Ruttke porusza temat pielęgnowania dziedziczności w niemieckim ustawodawstwie. Myśl rasowa jest podstawowym zrębem narodowego socjalizmu. Pielęgnowanie dziedziczności to jest zastosowanie zdobyczy wiedzy w tym zakresie do wytycznych polityki populacyjnej. Ustawa „o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu“ ma być przede wszystkim wychowawczą dla całego narodu. W sprzeczności z dawnym liberalizmem i abstrakcyjnym pojęciem prawa — narodowy socjalizm łączy pojęcie prawa z całokształtem życia narodu, który ma do spełnienia pewną funkcję biologiczną: „Prawem jest to, co służy narodowi, a bezprawiem to, co mu szkodzi“.

Myślą przewodnią ustawodawcy niemieckiego była chęć *wzbudzenia w każdym obywatelu głębokiego poczucia w kierunku tężyzny rasy, by on sam zrozumiał, że sterylizacja w imię większych idei nie jest wstydem.* Poczucie wielkiej odpowiedzialności obywatelskiej, jaka ciąży na każdym Niemcu ułatwi z czasem całkowicie wykonanie ustawy.

W pomocy materialnej rodzinom, obarczonym większą liczbą dzieci, zwraca się uwagę na wybór wyłącznie dziedzicznie zdrowych.

Dr Neupert, *technika sterylizacji.* Wykonywa się zwykle zabieg chirurgiczny, jedynie u kobiet po 38 roku życia, można użyć energii promieniotwórczej, u młodszych osobników — nie, gdyż często jest to równe kastracji. Zabieg operacyjny musi być zrobiony jak najprościej, by niebezpieczeństwo dla osobnika było jak najmniejsze i by jak najmniej zakłócać jego normalne życie.

Stosuje się zazwyczaj miejscowe znieczulenie, u niespokojnych narkozę awertynową.

U mężczyzn wycina się około 1 cm *vas deferens,* przy czym końce można podwiązać lub zostawić wolne. Nie zapominać, że ogromna ilość plemników zostaje w rozszerzonym *receptaculum prostatae* i w *ampullae vasorum defer.* przy ujściu do cewki moczowej. Toteż do kikuta *vas deferens* wstrzykuje się strzykawką roztwór 1:1000 Rivanolu, dopóki operowany nie uczuje w kroczu parcia.

U kobiet podwiązanie, a nawet przecięcie jajowodów nie daje gwarancji sterylizacji. Trąbki mają olbrzymią moc regeneracyjną, jak żadna inna tkanka! Przy podwiązaniu zostanie zawsze otwór mikroskopijny, który z czasem powiększy się. Toteż wycina się duże kawałki trąbek lub całe przydatki, ale i tu opisano już przypadki ciąży pozamacicznej. Toteż stosuje się obecnie zazwyczaj taką technikę, że wycina się cały klin w macicy w miejscu przebicia jej przez *tuba intramuralis.*

Powikłania pooperacyjne choć rzadko, jednak bywają, jak zresztą w każdym najmniejszym zabiegu. Najbardziej należy się obawiać zakrzepów, toteż, gdzie upośledzony naczyniowy system żylny (żylaki) nie operować, lecz naświetlać.

Prof. Verschuer podnosi ważność badań bliźniąt w obserwacji pewnej skłonności do schorzeń. Istnieją pewne rasowe i osobnicze skłonności do schorzeń, które oświetla licznymi przykładami. Prof. Verschuer, bardzo poważny badacz tych zagadnień, wydał książkę pt.: *„Zwillingstuberkulose“* wyd. Fischer, Jena.

Prof. Bremer: *dziedziczenie schorzeń nerwowych.* Badania w tej dziedzinie są jeszcze w ogóle mało posunięte. Zwraca uwagę na znajomość postaci szczątkowych, na pewne *stigmata degenerationis* w ogólnej konstytucji. Hołduje nauce Lenza, że osobnicy mniej wartościowi pobierają się między sobą; istnieje tu jakiś specjalny dobór, który kojarzy neuropatyczne rodziny.

Częste połączenie zmian nerwowych ze zmianami innych narządów, szczególnie gruczołów wewnętrznego wydzielania (kompleks spraw płciowych).

Dr praw Matzner: *o wykonawstwie ustawy „o zapobieganiu dziedzicznie choremu potomstwu“.*

Istnieje w Niemczech 200 sądów dziedziczno-zdrowotnych (*Erbgesundheitsgericht*) i 30 sądów odwoławczych (*Erbgesundheitsobergericht*). Skład sądu: 1 sędzia zawodowy, 2 lekarzy, z których 1 specjalista w sprawach dziedziczności. Właściwy jest ten sąd, w obrębie działalności którego ma być robiony zabieg.

Lepiej jest dla osoby sądzonej, by sprawa jego była rozpatrywaną gdzieś w odległej miejscowości w państwie.

Sąd słucha zainteresowanego, ma prawo umieścić go celem obserwacji na okres czasu do 6 tygodni w zakładzie leczniczym.

Sąd wydaje orzeczenie, że osobnik ma poddać się zabiegowi w jednym z wyznaczonych zakładów. Zabieg musi być wykonany, jak nie dobrowolnie, to w drodze przymusu.

W całym postępowaniu obowiązuje najściślejsza tajemnica.

Koszty sądowe i zabiegu ponosi państwo, zabiegu u osób ubezpieczonych — kasy chorych. Dok. nast.

Dr Jan Szumski (Warszawa).

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr 6. 1937. Ławrynowicz A.: Biologia beztlenowców. — Owczarewicz L.: Epidemiologia beztlenowców. — Karwacki L.: Zarys chorobotwórczości laseczników beztlenowców dla człowieka.

Medycyna Praktyczna. Z. 5. 1937. Bross K.: Optochinum basicum w leczeniu zapalenia płuc zwłaszcza tzw. grypowego. — Stabrowski M.: Przypadek bielactwa wrodzonego. — Bross K.: Nieznany list dra L. Gąsiorowskiego z więzienia w 1846 r.

Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. Nr 1. 1937. Kwaskowski A.: Rąbek rogówki w lampie szczelinowej przy jaglicy i nieżytach spojówki. — Majewski K.: Znaczenie zakładu witkowickiego dla akcji przeciwjagliczej w Państwie. — Szymański J.: Ocena działalności lotnych oddziałów okulistycznych na Wileńszczyźnie. — Zachert M.: Zwalczanie jaglicy u młodzieży przedpoborowej.

Gruźlica. Nr 1. 1937. Sobańska J.: Znaczenie pewnych pożywek dla wyodrębnienia typu prątków gruźliczych. — Zylbertal S. i Gelbfisz A.: Miejscowe uodpornienie tkanki płucnej przeciw gruźlicy u świnek morskich. — Jakubowicz M.: Ciemna odma. — Skibiński Z.: Odma o odwróconych wahaniach ciśnień śródopłucnych. — Szulc-Garmatowa M. i Chodkowska S.: Ziarnica gruczołowo-płucna. — Stryjakowski St.: Badania katatermometryczne w szpitalu dla chorych gruźliczych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 12. 1937. Krakowski A.: Kliniczne odmiany myastenii. — Mirabel J.: Odma obustronna jednoczesna w leczeniu gruźlicy płuc. — Adamowiczowa St.: Nowy ład a opieka nad zdrowiem ludności.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 5—6. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 13. 1937.

Przemysł Chemiczny. Nr 2. 1937.

Życie Dziecka. Nr 3. 1937.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 3. 1937.

Trzeźwość. Nr 1—3. 1937.

Klinika Współczesna. Nr 2. 1937. Gantz M.: Klinika początkowych postaci gruźlicy płuc (c. d.).

Biologia. Lekarska. Z. 2. 1937. Pazzanese D.: Elektrokardiogram.

OCENY.

Rezept-Taschenbuch. Anleitung zur Rezeptur für Ärzte *(Kieszonkowy podręcznik receptury dla lekarzy).* F. MUNK. 104 str., 8°, 1937, F. Enke Verlag Stuttgart. RM. 3.60.

Autor podzielił podręcznik na dwie części. W pierwszej części zestawia leki wchodzące w zakres następujących schorzeń: układu nerwowego *(antineuralgica, antispastica* i *epileptica, excitantica, hypnotica, narcotica, sedativa)*, serca i naczyń krwionośnych *(cardiaca, diuretica, analeptica, angiotica)*, dróg oddechowych *(expectorantia, antiblennorrhoica)*, żołądka i jelit *(stomachica* i *tonica, regulatoria, antispastica, purgantia, adstringentia)*, wątroby i dróg żółciowych *(cholagoga i diacholotica, antispastica* i *desinficientia)*, narządu moczowo-płciowego *(diuretica, desinficientia* i *calmantia, uterina* i *styptica)*, narządu ruchu *(antirheumatica, frictiones-rubefacienda)*, narządów krwiotwórczych *(haematica, osteoplastica)*, skóry i błon śluzowych *(anaesthetica, dermatica, unguenta, caustica, depilatoria)*.

W drugiej części podaje autor recepty dla poszczególnych jednostek chorobowych. Munk słusznie uważa, że zalety i konieczność indywidualnego lecznictwa lekowego w zrozumieniu przez lekarza zapisywanych recept nie potrzebuje uzasadnienia. Wielka popularność homeopatów i znachorów, których, korzystne wyniki leczenia należy w głównej mierze przypisać psychologicznej wartości ich sposobów leczenia, jest dla lekarzy cenną nauką dla zrozumienia znaczenia i niezbędności składników sugestywnych w każdej ordynacji lekarskieq. Nie jak w preparatach patentowych, których użycie połączone jest z niekorzystnym u niepowołanego wrażeniem towaru gotowego, widzi chory w zaordynowanym leku, po dokładnym zbadaniu, umysłowy wysiłek ze strony lekarza. Lekarstwo ma dla niego osobistą wartość, a jego zażywanie jest ćwiczeniem zaufania i wiary w lekarza.

Przedstawioną książkę, która ma zadanie pomóc lekarzowi w tym względzie przez podanie dostatecznej ilości wypróbowanych i wartościowych recept dla rozmaitych stanów chorobowych, należy ocenić jako wartościową i pożyteczną publikację.

J. Papierkowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Znaczenie „czynników pośredniczących" (substances mediatrices) i czynników sterujących (substances d'orientation) w przebiegu regulacji humoralnej serca i jelit. I. DEMOOR. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Serce jako też wycinki serca zanurzone w utlenionym płynie Locke'go wykazują rytmiczne ruchy skurczowe. Dokładnie oddzielany wycinek mięśnia od podosierdziowej tkanki nerwowej w warunkach jak wyżej kurczy się, ale nie rytmicznie. Dodanie wyciągu wodnego z układu nerwowego, zatokowego lub pęczków Hissa do roztworu, w którym kurczy się rytmicznie kawałek mięśnia sercowego powoduje przejście ze skurczów nierytmicznych w rytmiczne. Jak widać z powyższych doświadczeń automatyzm mięśnia sercowego powoduje kurcze nierytmiczne. Kurcze rytmiczne powstają przy współudziale układu nerwowego serca. Działanie układu nerwowego odbywa się na drodze humoralnej, jak to wynika z działania wyciągów wodnych. Podobne doświadczenia przeprowadzał autor na mięśniach i układzie nerwowym jelit. *Rawicz* (Warszawa).

Badania zmian we krwi we wstrząsie urazowym. P. TEPA i T. DINISCHIOTU. Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie. T. II. Nr 5.

Wstrząs urazowy powoduje zgęszczenie krwi cechujące się zwiększeniem ilości krwinek czerwonych i białek krwi. Stosunek seryny do globuliny ulega przesunięciu na korzyść ostatniej.

Rawicz (Warszawa).

Czerwienica i białaczka wywołane przez wstrzyknięcie smoły do szpiku kostnego (praca druga). Tłumaczenie zjawisk zaobserwowanych. J. BERNARD. Ann. de méd. T. 40. Nr 5. 1936.

Zmiany wywołane u zwierząt doświadczalnych przez wstrzyknięcie do szpiku kostnego smoły, różnią się od białaczki i czerwienicy występującej u ludzi tym, że: 1) równocześnie występuje znaczne zwiększenie ilości ciałek czerwonych i białych trwające przez dłuższy okres czasu, 2) zmiany występują tylko we krwi krążącej i w szpiku kostnym, podczas gdy inne narządy krwiotwórcze pozostają bez zmian.

Doświadczenia te mogą mieć zastosowanie w leczeniu niedokrwistości aplastycznej, w której leczenie promieniami Rtg. oraz przetaczanie krwi nie dają wystarczających wyników.

Autor nie przeprowadzał prób takiego leczenia z powodu zbyt szczupłego materiału klinicznego.

Z. Webersfeld (Lwów).

Niedokrwistość złośliwa z myelozą. L. BROCCIO. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 13. 1936.

Autor opisuje przypadek niedokrwistości złośliwej, która wystąpiła w kilka miesięcy po ciężkiej zimnicy typu *quotidiana.* Po kilkumiesięcznym leczeniu objawy niedokrwistości złośliwej ustąpiły. W 6 lat później wystąpiła ogólna niemoc zwłaszcza w zakresie kończyn dolnych, chory nie mógł się utrzymać na nogach, wystąpił niedowład kończyn dolnych, objawy ataksji, wzmożenie odruchów Achillesa i rzepkowego. Babiński dodatni. Brak zaburzeń czuciowych, bólów i zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Badanie krwi wykazało, że chodzi o niedokrwistość złośliwą z równoczesną myelopatią toksyczną, typową dla niedokrwistości złośliwej. Po leczeniu wątrobą i witaminami A i D obraz krwi wybitnie się polepszył, również i zmiany nerwowe wykazują wybitną poprawę. Autor dochodzi do wniosku, że obraz krwi, zmiany w układzie nerwowym i chemiźmie żołądka są wynikiem działania jednego i tego samego czynnika toksycznego obecnie jeszcze nieznanego. *M. Scheps* (Lwów).

Uszkodzenie wywołane prądem elektrycznym. G. MONTEMARTINI. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 13. 1936.

Obszerna praca omawiająca wypadki porażenia prądem elektrycznym przy dotknięciu przewodów elektrycznych niedostatecznie zabezpieczonych. Prąd zmienny jest bardziej niebezpieczny niż stały, przy czym najbardziej niebezpiecznym jest prąd zmienny od 30—150 okresów. W miarę zwiększania się ilości okresów, prąd staje się mniej niebezpieczny. Działanie prądu zależy od ilości elektryczności, przepływającej przez organizm w jednostce czasu i jest odwrotnie proporcjonalne do oporu napotkanego w swym biegu. Odgrywa tu rolę wilgotność skóry, ziemi, izolacja od ziemi itd. Działanie prądu zależy od kierunku, w jakim przebiega przez ciało ludzkie. Największe niebezpieczeństwo, gdy prąd przebiega w swej najkrótszej drodze przez

ośrodek krążenia lub oddechu. Odgrywa tu również rolę, jaka część powierzchni ciała pozostaje w zetknięciu z ziemią. Znane są wypadki porażenia śmiertelnego w kąpieli skutkiem dotknięcia przewodu o niskim napięciu. Prąd stały uszkadza organizm, dopiero przy napięciu powyżej 220 Volt, podczas gdy prąd zmienny może spowodować śmierć przy napięciu o wiele niższym. Działanie prądu zależne jest od szeregu czynników, jak zmęczenie mięśni, alkoholizm, *status thymico-lymphaticus*, stan psychiczny itd. Prądy o niskim napięciu porażają serce, prądy o wysokim napięciu porażają przede wszystkim ośrodek oddechowy. Co się tyczy natężenia prądu, to natężenie 1/10 Ampera może spowodować śmierć, o ile ciało styka się z ziemią. Autor kreśli następnie obraz zmian anatomo-patologicznych w narządach po porażeniu prądem, w nieszczęśliwych wypadkach i doświadczeniach na zwierzętach. Śmierć po porażeniu prądem występuje bądź to skutkiem działania prądu bezpośrednio na serce lub też zatrzymania oddychania na tle skurczu tężcowego mięśni oddechowych. Leczenie: sztuczne oddychanie, tlen, środki nasercowe, nakłucie lędźwiowe. *M. Scheps* (Lwów).

Chemizm krwi przy braku odruchu nosowo-piersiowego. Ż. JAKOW. Medicinski Pregled. Nr 10. 1936.

Odruch wychodzący z nosa biegnie przez nerw trójdzielny, do systemu nerwu błędnego *(n. intercostales, n. phrenicus)* i mięśni międzyżebrowych oraz przepony. Przy zaburzeniach tego odruchu spada ciśnienie śródpłucne, dzięki powierzchownemu oddychaniu oraz wymiana gazów. Spada dalej rezerwa alkaliczna krwi, zwiększa się kwasowość (względna kwasota). Autor stwierdził (zgodnie z Lüscherem i Okutanim), że po zatkaniu sztucznym nosa przychodzi właśnie do względnego zakwaszenia. Stwierdził dalej, że po znieczuleniu *tractus nasalis inspiratorius* za pomocą 2% pantokainy, przychodzi również po $^1/_2$ godzinie do spadku rezerwy alkalicznej krwi i do względnej kwasoty. Wnosi stąd, że zakwaszenie pojawiające się przy oddychaniu ustnym jest następstwem nie przyczyny mechanicznej, lecz przyczyny biologicznej tj. braku odruchu nosowo-piersiowego. Twierdzenie Minka, że nie ma fizjologicznego oddychania bez zamknięcia ust, zyskuje w ten sposób podstawę naukową. Doświadczenie to wskazuje dalej, że zdolności i urządzenia wyrównawcze mają swoją granicę. Oddychanie ustami stałe, stanowi więc trwały czynnik szkodliwy. *R. L.* (Lwów).

Stosunek komórek zasadochłonnych przysadki ludzkiej do ciśnienia krwi. A. T. RASMUSSEN. Endocrin. 20, 673, 1936.

W piśmiennictwie zwracano uwagę na zmniejszenie się komórek zasadochłonnych przysadki w chorobie Addisona, zaś wzrost tychże w pewnych stanach nadciśnienia. Autor na podstawie badań histologicznych przysadki, przeprowadzonych w 3 przypadkach zespołu Cushinga z podwyższonym ciśnieniem nie może przyjąć wyraźniejszego związku między ciśnieniem a zachowaniem się komórek zasadochłonnych. *Wl. Elmer* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie róży streptocidem. T. JEOBSON. Sow. Wracz. Żurnal. Nr 1. 1397.

Jeszcze dotąd przy leczeniu róży stosują rozmaite sposoby; najczęściej autohemoterapię, streptokokowy antivirus, naświetlanie lampą kwarcową; przy rumieniowej i pęcherzowej formie dobre wyniki osiągano pędzlowaniem chorego miejsca 25% roztworem lyzolu lub olejem kamforowym. Jednakże w ciężkich, toksycznych wypadkach wspomniane środki nie dają zadowalniających wyników.

Ścisłe obserwacje ustaliły, że przy wspomnianych środkach okres gorączkowy utrzymuje się przy zmienionej formie 4—7 dni, przy pęcherzowej formie 5—8 dni, przy ropowiczej postaci niemniej, jak 10 dni; zaczerwienienie zaś i obrzęk przy pierwszej formie — 12 dni, przy drugiej 16, a przy trzeciej 25 i więcej.

Od niedawna przy leczeniu streptokokowych schorzeń stosują w Z. S. R. R. streptocid (analogiczny do prontosil'u) wyrabiany w naukowo - eksperymentalno - farmaceutycznym instytucie w Moskwie. Streptocid — chlorhydrat-4-sulfonamid-diaminoazobenzol — czerwony proszek, rozpuszcza się w zimnej wodzie do 0,25%; w gorącej wodzie — więcej, przy oziębianiu wypada drobnokrystaliczny osad. Zupełnie nieszkodliwy dla zwierząt doświadczalnych, nawet przy dłuższym stosowaniu.

Stosuje się dożylnie w postaci 0,25% roztworu po 20 cm^3 po 0,3—0,5 trzy razy dziennie doustnie.

Gmelin, Klel, Römer, Schreus podkreślają wyjątkowo dodatnie działanie prontosilu na streptokokowe schorzenia. Schreus zaś podaje, że stosując prontosil w przeciągu $1^1/_2$ roku nie spotkał się z żadnym wypadkiem róży, którego by nie wyleczył. Już na drugi dzień po zastrzyku następuje spadek ciepłoty, cofanie się zmian miejscowych przy zjawiającym się dobrym samopoczuciu.

Autor stosował streptocid przy wszystkich formach i w rozmaitych okresach róży tylko doustnie we wspomnianych wyżej dawkach; żadnych szkodliwych działań nie widział (przy dłuższym stosowaniu — występuje żółtawy odcień skóry); wydziela się on z moczem, zabarwiając go na wiśniowo-czerwono.

Najjaskrawsze działanie streptocidu, to spadek ciepłoty (przy zmienionej formie — na drugi dzień, przy pęcherzowej na 2—4 dzień; przy flegmonowej formie pomimo spadku ciepłoty nie działał on na procesy ropienia), ponadto poprawa samopoczucia, zjawienie się apetytu, cofanie się zmian miejscowych (oprócz ropienia).

In vitro streptocid na streptokoki nie działa; nie wyklucza możliwości nawrotu.

Systematyczne dobre wyniki przy stosowaniu streptocidu w streptokokowych schorzeniach daje prawo Domagk'iemu uważać go za środek swoisty przeciwko streptokokom z wykluczeniem możliwości ogólnego szkodliwego działania na system siateczkowo-śródbłonkowy. Chociaż nie znamy mechanizmu działania streptocidu, jednakże wszyscy autorowie zgadzają się z jego wyjątkowym, leczniczym działaniem w róży.

Środek ten w leczeniu róży można porównać z działaniem neosalwarsanu przy durze powrotnym i dlatego musi on wyprzeć rozmaite i nie zawsze skuteczne, sposoby leczenia róży.

H. P. (Lwów).

Wpływ leczniczy wziewań solankowych na cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych i uszu. J. SZMURŁO. Medycyna. Nr 2. 1937.

Autor po krótkim omówieniu rozwoju wziewalnictwa współczesnego poświęca uwagę zdrojom Ciechocinka, bogatym przede wszystkim w sól kuchenną. Ilość jej waha się w zależności od głębokości źródła od 3—7.6%, przy czym może w tężniach ulec zagęszczeniu do 26%. Po podaniu działania farmakologicznego solanek, stosowania ich pod postacią wziewań ogólnych (we wspólnych dużych salach) oraz przy pomocy odpowiednich przyrządów, autor zatrzymuje się nad szczegółowymi wskazaniami w różnorodnych schorzeniach górnych dróg oddechowych, podkreślając dobroczynny wpływ tego sposobu leczenia.

St. Malczyński (Lwów).

Leczenie dychawicy oskrzelowej bezinsulinowym wyciągiem trzustkowym — angioksylem. Z. CZYŻEWSKA. Medycyna. Nr 2. 1937.

Zastosowanie angioksylu w 10 przypadkach dychawicy oskrzelowej, dało w 9 wyraźną poprawę, poza tym zaznaczyło się korzystnym wpływem przeciwnapadowym i to nawet w długi czas po leczeniu. Wpływ ten należy przypisać działaniu angioksylu, objawiającym się przede wszystkim w rozszerzeniu naczyń przez zwolnienie napięcia mięśniówki naczyniowej, oraz w dalszym ciągu rolą przeciwskurczową, dotyczącą najprawdopodobniej i oskrzeli.

Powyższe leczenie tych stanów — nie dające żadnych zmian w poziomie cukru we krwi — jest znacznie korzystniejsze i bezpieczniejsze od stosowania insuliny, której wyniki w stanach dychawicy oskrzelowej są uwarunkowane wstrząsami hipoglikemicznymi. *St. Malczyński* (Lwów).

Znaczenie zwapnień w płucach. V. CEPULIĆ. Liječnički Vjesnik. Nr 2. 1937.

Zwapnienia nie są cechą wyłączną gruźlicy, powstać mogą również w następstwie procesów niegruźliczych. Autor widywał dzieci zaniedbane narażone na zimno, które przeszły grypę i bronchitis, gdzie odczyn tuberkulinowy (do 1:10), był ujemnym, a u których można było wykazać zwapnienia gruczołów wnękowych i przytchawicznych. Opisuje dalej dziewczynkę 8-letnią, obserwowaną przez 4 lata. Najpierw był naciek podobojczykowy lewostronny, który uległ wygojeniu i zwapnieniu. Następnie wytworzył się bez jakichkolwiek podmiotowych lub przedmiotowych objawów (w czasie pobytu chorej w szpitalu) taki sam naciek pod obojczykiem prawym (i jama). Po 4-miesięcznym leczeniu odmą wygojenie i zwapnienie. Leczenie odmą prowadzono jeszcze dalej przez rok. Po 3 latach widać było stare zwapnienia wyżej opisane oraz świeże nacieki, które po kilku miesiącach wygoiły się bez pozostawienia zwapnień. A zatem u tej samej chorej raz wytwarzały się złogi wapniowe w miejsce nacieku, drugi raz nie. Złogi wapniowe przy gruźlicy mogą stanowić pozostałości po zespole pierwotnym lub być resztkami rozsiania drogą krwi albo też w końcu przedstawiać resztki wessanych lub uległych rozpadowi nacieków. *R. L.* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Odsznurowanie się nadpochwowo skręconej, mięśniakowatej macicy. H. WÓJCICKI. Ginek. Pol. T. XV. Z. IX—X.

Chora lat 46, *virgo.* W ciągu 16 miesięcy miała trzykrotne napady silnych bólów brzucha z wymiotami i omdleniami. Rozpoznano guz w jamie brzusznej, sięgający na 2 palce powyżej pępka, nieco ruchomy, niebolesny.

W czasie laparotomii stwierdzono mięśniak wielkości głowy, wychodzący z tylnej powierzchni macicy w okolicy rogu prawego. Poza tym stwierdzono spiralne ułożenie blaszek więzadła szerokiego i szypułę grubości kciuka skręconą o 360°. Szypuła utworzona z obu jajowodów, które wraz z jajnikami przyklejone były do bocznych krawędzi trzonu macicy, a okolicą ujść brzusznych przyklejone do części pochwowej. Z łatwością odklejono szypułę na tępo gazikiem i cały guz znalazł się wolno w jamie brzusznej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

M. Segal (Lwów).

Przed- i pooperacyjne zabiegi u operowanych na nerki. WALTER i W. BAKER. Surgical Clinics of North America. T. 16. Nr 5. Str. 1182. 1936.

Po operacjach na nerkach, a także po brzusznych zabiegach, występuje zwykle okres, w którym mięśniówka jelit jest zwiotczała — w okresie tym należy baczyć, aby nie wystąpiło znaczniejsze wzdęcie brzucha. Do tego celu używano wstrzykiwań podskórnych Peristaltiny. Pierwszą dawkę podawano o godzinie 7 w dniu operacji. Dawka ogólna była różna, zależnie od wagi chorego; zazwyczaj stosowano 1 do 3 ampułek co 3 godziny, ogółem do siedmiu ampułek. Dzięki tym zabiegom tylko w bardzo rzadkich przypadkach zjawiało się większe wzdęcie brzucha.

W. Kurowski (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna.

O wskazaniach psychiatrycznych, eugenicznych i społecznych do sterylizacji. L. WANDER. Zagadnienia Rasy. T. 10. Nr 3. 1936.

W obszernym referacie wypowiedzianym na zjeździe delegatów Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w Krakowie w dniu 18 kwietnia 1936 roku, wypowiada się dr Wander w sposób stanowczy przeciwko wprowadzeniu sterylizacji przymusowej w szerszych ramach, uważając, że sterylizację należy ustawowo wprowadzić, ale stosować ją jedynie za zgodą chorego lub opiekuna prawnego, a przy zapewnieniu fachowo-lekarskich wskazań. Na wyniki zabiegów sterylizacyjnych zapatruje się autor w dość krytyczny sposób. Jeżeli chodzi o naukę o dziedziczności czyli genetykę, to — zdaniem Wandera — sposób dziedziczenia u człowieka jest zbyt złożony i dlatego też trudno jest mówić tu o czystym mendelizmie. Interesująco przedstawiają się podane przez autora cyfry dotyczące sterylizacji w Niemczech. I tak np. w pierwszym tylko roku istnienia ustawy niemieckiej wyjałowiono w Niemczech 45.000 osób, a z tej liczby 96% psychicznie chorych.

Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 8 kwietnia 1936 roku.

1. Kol. H. Kryszek zdał sprawozdanie z działalności Komisji Konkursowej Nagrody im. Seweryna Sterlinga. Komisja Konkursowa z 22 nadesłanych prac uznała za najlepszą polską pracę o gruźlicy — pracę doc. dra Leona Karwackiego pod tytułem: *„O postaciach rozwojowych zarazka gruźlicy"*.

2. Kol. M. Krzemiński *wygłosił odczyt pt.: „Cztery przypadki wągrowatości układu nerwowego z pokazem fotografii i preparatów"*.

Po szerszym omówieniu histo- i patogenezy oraz kliniki wągrzycy układu nerwowego centralnego, prelegent pokazał preparat anatomiczny wągra groniastego usadowionego na podstawie mózgu dookoła mostu. Z przypadku rozpoznanego za życia jako wągrzyca wodogłowio-ogonowa, jako czynniki rozpoznawcze przytacza: długi okres schorzenia, okresy spokoju i pogorszenia, napady drgawkowe toniczne, zaburzenie psychiczne, eozynofilię we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, pleocytozę limfocytarną i komórki nabłonkowate w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz brak umotywowanego tła dla innego schorzenia. Drugi przypadek dotyczył wągrów w IV komorze, które przyżyciowo traktowano jako guz o etiologii nieznanej w okolicy IV komory. Trzeci przypadek — wągrzyca pod postacią guza mózgu prawej półkuli, gdzie encefalografia oraz obecność pęcherzyków wągrów w tkance podskórnej ułatwiły rozpoznanie za życia, a gdzie płyn mózgowo-rdzeniowy był zupełnie niecharakterystyczny dla wągrzycy. Czwarty przypadek rozpoznany za życia jako gronkowcowe zapalenie opon mózgowych okazał się wągrzycą. Piąty przypadek, leukocytoza, ze znacznymi przesunięciami obrazu w lewo, a sekcja wykazała wągry na wypukłej powierzchni mózgu pod oponami.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos: kol. Frenkiel, Ściesiński, Załęski i prelegent.

Kol. Frenkiel obserwował piąty przypadek prelegenta; z początku rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem a porażeniem postępującym, lecz dalsza obserwacja przemawiała za wągrowatością mózgu. Widoki wyleczenia były minimalne. Zasługują na uwagę w danym przypadku okresy poprawy i pogorszenia. Zapytuje prelegenta, jak tłumaczyć długotrwałość schorzenia, choroba bowiem z różnymi jej okresami trwała 8 lat.

Kol. Ściesiński. W Krakowie na materiale pięciokrotnie większym obserwował tylko jeden przypadek wągrowatości mózgu: przypadek ten ogłosił drukiem; przypadek zakończył się nagłym zejściem wskutek gwałtownego nagromadzenia się płynu i uszkodzenia ośrodków IV komory.

Kol. Załęski. Czy nie można stosować w celu rozpoznawczym próby skórnej; czy powtarzających się napadów nie należy sobie tłumaczyć anafilaksją.

W odpowiedzi kol. Krzemiński.

Próby skórne nie dają żadnych miarodajnych wyników. Ciężkie objawy choroby są to skutki wodogłowia. Spostrzeganych objawów nie można tłumaczyć anafilaksją.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 22 kwietnia 1936 roku.

1. Kol. M. Lewenfisz i kol. O. Winter *wygłosili odczyt pod tytułem: „Przypadek choroby Recklinghausena"*.

Po zademonstrowaniu chorego, który został skierowany do naświetlania Roentgenem, z rozpoznaniem *ostitis fibrosa localisata* i u którego kol. Lewenfisz stwierdził, na podstawie badania krwi na zawartość wapnia i fosforu oraz rentgenologicznego badania kośćca — *osteodystrophia fibrosa generalisata Recklinghauseni* (rozpoznanie to zostało potwierdzone przez Oddział Neurologiczny Szpitala im. Prez. Mościckiego w Łodzi), kol. Winter omówił przebieg kliniczny cierpienia, ze szczególnym uwzględnieniem zespołu objawów nerwowych i wewnętrznych. Następnie kol. Lewenfisz omówił zmiany rentgenowskie, spotykane w tym cierpieniu oraz wyniki napromieniań rentgenowskich. Poza tym kol. Lewenfisz omówił szczegółowo etiologię tego cierpienia, w świetle najnowszych badań, wykazując, że historia naszych wiadomości o przyczynach choroby Recklinghausena przechodzi różne okresy. Dawniej przypisywaliśmy to cierpienie gruczołom przytarczycznym *„osteose parathyroidienne"*, dzisiaj mówimy już o nadczynności przytarczyc pochodzenia przysadkowego *(l'hormone parathyrostimulante).* Jutro może zaburzenia gospodarki wapniowej przypisywać będziemy śródmózgowiu i mówić będziemy o osteopatiach pochodzenia ośrodkowego.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Banasz, Józef Kon, Turyn i Lewenfisz.

Kol. Banasz ma wrażenie, że u przedstawionego chorego istnieje asymetria twarzy. Czas po dokonanej operacji jest zbyt krótki, aby mówić o stałym dodatnim wyniku; w rok po paratyreoidektomii ilość wapnia wzrasta.

Kol. Kon J. przypomina podobny pokaz w Tow. Pediatrycznym. Co do pojęcia *fibrosa,* zapytuje, jakie jest podłoże histologiczno-anatomiczne; czy stwierdza się zmiany takie, że pojęcie odpowiada włóknistym przemianom.

Drugi typ choroby Recklinghausena cechuje dążność do zwłóknienia; kol. Kon widział przypadek *neurofibromatosis* u chłopca, u którego stwierdzono wybitną postać gruźlicy włóknistej. Zapytuje wreszcie, czy w obu schorzeniach Recklinghausena istnieje jakaś wspólność w sensie *diathesis fibrosa.*

Kol. Turyn zwraca uwagę na powiększenie tarczycy, które może być wyrazem powiększonego gruczołu przytarczycznego. Usunięty guz przytarczyczny winien mieć cechy gruczolaka i wtedy tylko zabieg można uważać za udany. Z piśmiennictwa kol. Turyn wyniósł wrażenie, że im wcześniej wystąpiła choroba, tym mniejsze są widoki wyleczenia. Szereg autorów nie orientuje się w różnicy pomiędzy obiema chorobami Recklinghausena; *neurofibromatosis* jest niedostatecznie zbadana pod względem biologicznym; istnieje być może pomost łączący oba schorzenia.

Kol. Lewenfisz *w odpowiedzi* zaznacza, że nie kwestionował pojęcia *fibrosa*, lecz tylko pojęcie *ostitis*, gdyż schorzenie nie ma cech zapalnych. Nie widzi żadnej łączności pomiędzy obu schorzeniami procz tego, że opisał je jeden autor. Sama operacja należy do bardzo trudnych. Czasami trzeba trzykrotnie operować, aby usunąć gruczolak.

2. Kol. D. Kon *wygłosił odczyt pt.: „Autohemoterapia w połowiczych porażeniach"*.

Kol. D. Kon oświetlił krytycznie doniesienia autorów francuskich i włoskich o leczeniu autohemoterapią krwotoków mózgowych. W pierwszej części referatu, po przeglądzie rozmaitych zapatrywań na istotę leczenia własną krwią, referent podaje wyniki badań laboratoryjnych, przeprowadzonych na 10 rozmaitych chorych, po wstrzyknięciu im krwi własnej. Mówca widział zachowanie się odczynu leukocytarnego, występującego we krwi chorych po autohemoterapii i stwierdził duże podobieństwo do odczynu, występującego po zwykłej proteinoterapii: charakterystyczną „fazę ujemną", tj. zmniejszenie liczby białych ciałek bezpośrednio po zastrzyku oraz następującą po niej „fazę dodatnią". Różnice ilościowe pomiędzy obu odczynami pozwoliły mówcy stwierdzić, że autohemoterapia jest rodzajem bardzo łagodnego leczenia bodźcowego. W drugiej części odczytu referent omówił nowsze poglądy na patogenezę krwotoku mózgowego, sprowadzające powstanie jego do diapedezy krwi przez uszkodzoną ścianę naczyniową. Możliwe jest również, że przesączanie się krwi odbywa się i po udarze. Wynaczyniona krew pozostaje długo płynna w zetknięciu z żywymi tkankami. Autohemoterapia miałaby swe teoretyczne uzasadnienie w działaniu hemostatycznym i wchłaniającym na krwiak i obumarłe tkanki. Prelegent podaje wyniki swych badań na 24 przypadkach porażeń i niedowładów połowiczych, w których stosowano autohemoterapię. W 56% przypadków uzyskano poprawę; poprawa wyrażała się przede wszystkim w zadziałaniu na stan ogólny chorych, w mniejszej mierze zaś w polepszeniu miejscowych skutków wylewu krwawego. Prelegent uważa, że fakt ten przemawia również za tym, że autohemoterapia jest łagodną odmianą proteinoterapii — wniosek, który by się zgadzał z tym, jaki wyprowadził z uprzednich badań laboratoryjnych. Nie stwierdził wpływu zastrzykiwań na obniżenie wzmożonego ciśnienia krwi. Mówca zastanawia się, czy silniejszy rodzaj leczenia bodźcowego, a więc zwykła proteinoterapia, leczenie siarką, szczepionkami itd., nie dałby lepszych wyników leczniczych. Referent nie może podzielić entuzjazmu autorów włoskich dla tego leczenia, uważa, że stosować je jednak można, dla próby, w każdym przypadku hemiplegii poudarowej, zwłaszcza, że nie przynosi ono szkody choremu.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos: kol. Klozenberg, Makower, Liniecki, Kryszek i prelegent.

Zdaniem kol. Klozenberga sprawa wprowadzenia autohemoterapii przy porażeniach jest dalszym etapem leczenia nadciśnienia metodą bodźcową. Wprowadzenie metody tej do lecznictwa spowodowane zostało dzięki pracom autorów włoskich.

W połowiczych porażeniach następuje czasami poprawa bez żadnego leczenia. Kol. Klozenberg stosował tę metodę z rozmaitymi wynikami. W jednym przypadku z przypuszczalnym krwawieniem dokomorowym chory nazajutrz po zastrzyknięciu krwi własnej ocknął się, wróciła przytomność; najprawdopodobniej był to przełom naczyniowy, a nie wylew dokomorowy. Sam zabieg jest niewinny. Metoda zasługuje na dalsze obserwacje celem poznania jej wartości; na razie należy przyjąć stanowisko wyczekujące.

Kol. Makower. Według Pizzillo, autora włoskiego, który jeden z pierwszych zaczął stosować wstrzykiwania krwi własnej w krwotokach mózgowych, działanie tej metody leczniczej miałoby polegać na wytwarzaniu się zaczynów, rozpuszczających skrzepłą krew w mięśniach, a następnie również i skrzepów w mózgu. Hipoteza ta nie tłumaczy występowania poprawy w tych przypadkach, w których powstaje ona bardzo szybko, niekiedy już w kilka godzin po wstrzyknięciu krwi. Zapytuje, w ilu przypadkach stosował referent autohemoterapię w krótkim czasie po krwotoku mózgowym, w ilu zaś w czasie późniejszym i czy stwierdzono w zależności od tego różny wynik leczniczy.

Kol. Liniecki. Bańki są starą metodą hemoterapeutyczną. Kol. Liniecki nie stwierdził zmian przy autohemoterapii w nadciśnieniu ani w ciśnieniu skurczowym w rozkurczowym.

Kol. Kryszek, nawiązując do przytoczonych przez prelegenta różnorodnych wskazań dla autohemoterapii, podkreśla dobre wyniki uzyskiwane na oddziale przy stosowaniu autohemoterapii w zapaleniach wsierdzia.

Autohemoterapia nie obniża ciśnienia; czynią to choroby gorączkowe, siarka i energiczna proteinoterapia.

Kol. D. Kon *w odpowiedzi*. Krew w tkankach w stanie płynnym może utrzymać się w ciągu kilku dni. Autohemoterapię stosował zarówno w przypadkach świeżych, po paru dniach po wylewie, jako też w kilka tygodni po wylewie. Najlepsze wyniki otrzymywał w przypadkach świeżych, czasami widział dobre wyniki w przypadkach podostrych.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

Towarzystwo Lekarskie w Toruniu.

Protokół posiedzenia naukowego odbytego dnia 11 lutego 1937 roku.

Przewodniczy: prezes Dr Dasiewicz.

1. Na wstępie prezes wita w kilku słowach przybyłych gości, a wśród nich Dr Krippendorfa Naczelnika Wydziału Zdrowia w tutejszym województwie i wszystkich członków Towarzystwa. W odpowiedzi Dr Krippendorf wita serdecznie wszystkich zebranych i wyraża radość, że wspólną pracą i wolą, opartą na wzajemnej życzliwości i zaufaniu posuwamy naukę naprzód i tym samym niesiemy wydatniejszą pomoc cierpiącej ludzkości.

Następnie prezes podaje do wiadomości zebranych komunikaty zarządu a mianowicie: 1) Zawiadomienia o posiedzeniach naukowych Towarzystwa będą ogłaszane w kronice prasy miejscowej. 2) Sprawozdania z posiedzeń naukowych będą drukowane w Nowinach Lekarskich i Polskiej Gazecie Lekarskiej, by w ten sposób ujawnić żywotność Towarzystwa na zewnątrz. 3) Pod głosowanie poddano wniosek zarządu o obniżenie składek członkowskich dla lekarzy asystentów, praktykantów szpitalnych i lekarzy administracyjnych, którzy nie wykonują praktyki szpitalnej. W ten sposób bowiem Towarzystwo ma zamiar przyjąć w poczet członków i tych lekarzy, którzy nie mogą pokryć całej składki. Wniosek przeszedł jednogłośnie.

2. Porządek dzienny posiedzenia uległ zmianie dlatego, że kol. Czyżak nadesłał pisemne odwołanie swego pokazu i swej obecności na posiedzeniu, zaś kol. Mielżyński zachorował i na posiedzenie nie przybył. Dlatego w miejscu 1. i 2. punktu programu dziennego kol. Turyną *przedstawia trzy kobiety operowane przez siebie i pokazuje preparaty anatomiczne narządów rodnych usuniętych w czasie zabiegu operacyjnego* a mianowicie: macicę z cztero-miesięczną ciążą usuniętą wraz z przydatkami z powodu *carcinoma spinocell. cerv. uteri* u kobiety 41-letniej, dalej macicę z sześcio-miesięczną ciążą wyjętą radykalnie w całości wraz z przydatkami i płodem nieżywym z powodu *carcinoma basocell. (Krompescheri) cerv. uteri* u kobiety 29-letniej, wreszcie trzeci preparat macicy z pięcio-miesięczną ciążą i płodem nieżywym usuniętą radykalnie w całości z powodu *carcinoma planoepithel. akeratodes cerv. uteri* u kobiety 40-letniej. Przy pokazach omawia przebieg kliniczny i patogenezę cierpienia i podnosi wyjątkowe zaniedbanie przypadków w leczeniu domowym, niesumienność kolegów w zbyt powierzchownej ocenie tak ciężko powikłanych przypadków i stąd późne przekazanie ich do leczenia szpitalnego. Niewątpliwie winne są i chore, które za późno zgłaszają się o pomoc lekarską, co jest wynikiem nieuświadomienia i niskiej kultury naszego społeczeństwa. Pomimo ciężkiego stanu chorych przed operacją (Hb 15—25%, ciałek czerwonych 1.280.000 do 2,250.000, podniesienie ciepłoty, tętno itd.) poddano jednak chore radykalnemu leczeniu operacyjnemu przygotowując je uprzednio przez kilkakrotne przetoczenie krwi. Jedna z chorych zmarła w 5-tym dniu po zabiegu z powodu zapalenia płuc. Dwie pozostałe żyją i poddane są następowemu leczeniu energią promienną. Obserwacja prawie roczna nie wykazuje nawrotów i stan chorych jest dobry.

W dyskusji zabierają głos Dr Rudke i Dr Dietrich.

3. Kol. Konkolewski *wygłasza odczyt pt.: Przewlekłe schorzenia gośćcowe.* (Streszczenie własne)

4. Dr Dandelski *wygłasza koreferat do odczytu* kol. Konkolewskiego, z pokazami przypadków i rentgenogramów (streszczenie własne).

W dyskusji zabiera głos kol. Turyna, omawiając zaburzenia u kobiet, przypominające zaburzenia gośćcowe, które jednak gośćcem nie są i stąd leczenie przeciwgośćcowe nie da w tych razach wyniku leczniczego. Cierpienia tego rodzaju mają źródło w zaburzeniach gruczołów dokrewnych i stąd leczenie hormonalne ma w takich razach uzasadnienie. Poza tym Dr Rudke podaje swoje spostrzeżenia w sprawie omawianego tematu na podstawie leczonych przez siebie przypadków.

5. W wolnych wnioskach Dr Rudke zgłasza wniosek wspólnego zebrania towarzyskiego. Wniosek uchwalono.

Sekretarz: *Dr Turyna.*

Protokół posiedzenia wspólnego z Sekcją Sanitarną dnia 11 marca 1937 roku w przychodni VIII Szpitala Okręgowego.

Przewodniczy: prezes T. W. W. Płk. Dr Strehl.

Protokołują: Mjr Dr Bogusławski i Dr Turyna, sekretarze.

1. Na wstępie przewodniczący wita gościa Doc. Dr Łabendzińskiego przybyłego z Poznania dla wygłoszenia referatu oraz wszystkich zebranych kolegów.

2. Pokazy chorych z VIII Szpitala Okręgowego: Mjr Dr Korczakowski *przedstawia przypadek struma parenchymatosa* operowany w tutejszym Szpitalu, omawiając kliniczny przebieg cierpienia, metody operacyjne i powikłania. Kpt. Dr Ryll *przedstawia dwa przypadki złamań podudzia leczone krwawo i jedno złamanie leczone metodą bezkrwawą, poza tym dwa przypadki skrętu jelita cienkiego około przetrwałego uchyłka Meckela i przypadek połknięcia przez poborowego igły.*

Kol. Czyżak *przedstawia wielokrotne uszypułowane mięśniaki macicy operowane radykalnie.*

3. Pokazy ze Szpitala Miejskiego: Kol. Konkolewski *przedstawia rzadki przypadek kiły płuc* u osoby leczonej dotychczas na gruźlicę płuc.

W dyskusji zabierają głos Doc. Dr Łabendziński, płk. Dr Dąbrowski.

Kol. Mielżyński *przedstawia 7 przypadków włośnicy* leczonych w ubiegłym roku.

W dyskusji zabiera głos Mjr Dr Dietrich, podając swoje spostrzeżenia z prywatnej praktyki.

4. Doc. Dr Łabendziński *wygłasza odczyt pt.: Technika i znaczenie rozpoznawcze starych i nowych sposobów badania krwi.*

W dyskusji Kol. Konkolewski podnosi ważność badań na retikulocyty w chorobach krwi i odczynu Biernackiego. Kpt. Dr Studziński podnosi ważność umiejętnego i dokładnego pobierania i przesyłania do badania krwi. Poza tym zwrócono się do prelegenta z prośbą podania dokładnego sposobu pobierania szpiku kostnego do badania. Na poruszonee w dyskusji zagadnienia i pytania w dłuższym wywodzie odpowiada prelegent.

Sekretarz: *Dr Turyna.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr Walerian Madejewski ze Lwowa zmarł w wieku 49 lat.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XI posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 9 kwietnia 1937 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Dobrzański A.: a) przypadek śródbłoniaka gardła (demonstracja), b) przypadek torbieli skórzastej podjęzykowej (demonstracja), c) przypadek ciała obcego (kuli) w jamach bocznych nosa (demonstracja). 2) Kol. Lauterstein M. (gość): Przypadek przeszczepienia wolnego płata skóry jako plastyka powieki górnej (demonstracja). 3) Kol. Waller K.: Problem zapobiegania cukrzycy (wykład).

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. posiedzenie w dniu 7 kwietnia 1937 r.: 1) Sprawy administracyjne. 1. Balotowanie kandydatów na członków Towarzystwa. 2) 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 31 marca 1937 roku. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. S. Neumark: Etiologia i patogeneza tzw. samoistnych telangiektazji skóry z pokazem chorych, fotografij i rysunków drobnowidowych. 4. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — II. Posiedzenie w dniu 21 kwietnia 1937 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 7 kwietnia 1937 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Dr med. T. Rymkiewicz (gość — Druskieniki). Rozwój Druskienik. 4. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — III. Posiedzenie w dniu 28 kwietnia 1937 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 21 kwietnia 1937 r.: 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Z cyklu: „Postępy w lecznictwie". I. Kol. J. Itelson: Postępy w lecznictwie schorzeń przemiany materii. II. Kol. L. Szyfman: Postępy w lecznictwie cukrzycy. 4. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Różne.

Z kraju.

Z inicjatywy Naczelnej Izby Lekarskiej powstała we wrześniu 1936 r. Komisja Propagandy Medycyny wraz z Biurem Propagandy, które zorganizowało Lekarską Ajencję Prasową. Program Prac Komisji obejmuje zagadnienia, dotyczące propagandy medycyny polskiej na terenie zagranicznym oraz szereg zagadnień związanych z propagandą nauki lekarskiej, potrzeb organizacji służby zdrowia, stanowiska zawodu lekarskiego w społeczeństwie na terenie krajowym. Świat lekarski dawno odczuwał potrzebę utworzenia własnej Ajencji Prasowej, która by mogła autorytatywnie i bezstronnie oświetlać cały szereg problemów nie tylko z nauki lekarskiej, ale również dotyczących stosunku lekarzy, instytucyj lekarskich do społeczeństwa. Z drugiej strony Lekarska Ajencja Prasowa oddawać będzie dużą przysługę prasie codziennej, będąc właściwym źródłem wszelkich informacyj z zakresu medycyny oraz z dziedziny życia społecznego i zawodowego stanu lekarskiego.

Dnia 5 marca b. r. odbył się zorganizowany staraniem Związku Uzdrowisk Polskich wieczór odczytowy w Polskim Towarzystwie Higienicznym w Warszawie, przy ul. Karowej 31. Mówili: Dr Wit Tarnawski na temat „Przyrodolecznictwo i jego zastosowanie w Lecznicy Kosowskiej" oraz Dr J. Papierkowski: „Iwonicz-Zdrój szczawy słono-alkaliczne, jodowo-bromowe w świetle badań naukowych". Następne wykłady w dniu 12 marca wygłosili: Dr A. K. Werner na temat: „Lecznicze właściwości Szczawnicy i jej najnowsze urządzenia (inhalatorium z komorami pneumatycznymi)" i Dr St. Sroczyński, lekarz zakładowy w Inowrocławiu: „O wartościach leczniczych Innowrocławia-Zdroju".

W dniu 18 marca b. r. w sali odczytowej Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Warszawie odbył się ostatni z cyklu urządzanego przez Związek Uzdrowisk Polskich wykład Dra Przemysława Rudzkiego pt.: „Wartości lecznicze naszego Wybrzeża Morskiego". Interesujący temat prelekcji, poświęconej zagadnieniu niedostatecznie dotąd znanych i cenionych walorów leczniczych pobytów nad naszym morzem, zgromadził liczne grono słuchaczy. Po wykładzie wywiązała się dyskusja, dowodząca dużego zainteresowania tematem ze strony zebranych na odczycie lekarzy.

W październiku 1936 roku było w Polsce obowiązkowo ubezpieczonych w ubezpieczalniach społecznych 1,985.819 osób (w październiku 1935 — 1,871.450 osób). Z tego pracowników fizycznych było 1.677.495, zaś umysłowych 308.324. Dane te nie obejmują górnośląskiej części woj. śląskiego i zatrudnionych w rolnictwie ubezpieczonych od wypadków. — W tym samym czasie liczba osób, ubezpieczonych na wypadek braku pracy wynosiła 1,035.606 robotników, zabezpieczonych w Funduszu Pracy i 301.711 pracowników umysłowych, ubezpieczonych w Z. U. S. (Wiad. Stat. 6. 1937).

W trzecim kwartale roku 1936 wpłacono jako ubezpieczenie na wypadek choroby składki w sumie 26,707.000 zł, zaś wypłacono w tym samym czasie, jako świadczenia na wypadek choroby 19,645.000 zł (bez górnośląskiej części woj. śląskiego).

W styczniu 1937 r. emigrowało z Polski 2.721 osób. Z tego do Francji 861, do Argentyny 744, Palestyny 298, Brazylii 225, Niemiec 77. Wróciło z emigracji do Polski w styczniu 1937 r. ogółem 757 osób, z tego 620 z Francji. (Wiad. Stat. Nr 8. 1937).

Komunikaty.

Lwowski Komitet Powszechnego Kongresu Lekarzy. Dnia 24 marca b. r. odbyło się we Lwowie I posiedzenie Lwowskiego Komitetu Kongresowego, w skład którego wchodzą: 1) przedstawiciele Wydziału Lekarskiego, 2) posłowie i senatorowie lekarze Ziemi Czerwieńskiej, 3) przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej, 4) przedstawiciele Lwowskiego Tow. Lekarskiego, 5) przedstawiciele Lwowskiego Tow. Higienicznego, 6) przedstawiciele trzech wojewódzkich towarzystw przeciwgruźliczych i T. O. Z., 7) prezesi obwodów Związku Lekarzy P. P. Okręgu Lwowskiego, 8) członkowie zarządu Związku Lekarzy P. P. Okręgu Lwowskiego. Prezydium Komitetu wybrano w następującym składzie: Prof. Dr Witold Nowicki, prezes; senator Dr Aleksander Domaszewicz, Doc. Dr Stanisław Progulski, Prym. Dr Lesław Węgrzynowski wiceprezesi; Dr Leon Exelbirt, sekretarz generalny; zastępca sekretarza lek. Adam Kłosowski.

XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. — Sekcja ginekologiczna. W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady: 1) Dr Leon Blacher (Warszawa): Zachowanie się krzepliwości krwi w ciąży i w chorobach ginekologicznych. 2) Doc. Dr Gedroyć (Warszawa): Wpływ hormonu męskiego i wyciągów z łożyska zwierzęcego na przekształcenie przedciążowe śluzówki macicy i zagadnienie specyficzności hormonów płciowych. 3) Prof. Dr January Zubrzycki (Kraków): Przyczynek do etiologii krwawień połogowych. 4) Doc. Dr Br. Stępowski (Kraków): Czas trwania III okresu porodu, a krwawienia. 5) Dr Czesław Uhma (Kraków): Włókniaki jako przyczyna krwawienia w połogu. 6) Dr Emil Dąbrowicki (Kraków): Włókniaki jako przeszkoda porodowa. 7) Dr Marian Kowalski (Kraków): Wpływ borowiny na rozrost macicy. 8) Dr Wojciech Starzewski (Kraków): Anatomia ciąży jajnikowej. 9) Doc. Dr Stanisław Mączewski (Lwów): Rola czynnika konstytucjonalnego w zakażeniach połogowych (na podstawie materiału sekcyjnego). 10) Ten sam: W sprawie techniki cięcia cesarskiego śródotrzewnowego. 11) Dr Leopold Gerhardt (Lwów): Kilka uwag o leczeniu zatruć ciążowych. 12) Ten sam: Jontoforeza w leczeniu krwawień macicznych. 13) Ten sam: Kliniczne sprawozdanie o złośliwych guzach jajników w okresie pokwitania. 14) Doc. Dr Lenczowski i Dr Dubicki (Lwów): Jajnik starczy w organizmie młodym. 15) Doc. Dr Lenczowski (Lwów): Wpływ wieku i liczby porodów na krwawienia w trzecim okresie porodowym. 16) Ten sam: Ruchy tętniące macicy, jako objaw nieodklejania się łożyska. 17) Dr Liebhart i Dr Dubicki (Lwów): Wpływ hormonu gonadotropowego z surowicy krwi na narząd rodny myszki białej. 18) Dr Liebhart (Lwów): Krwawienia czynnościowe z macicy i ich leczenie. 19) Dr Rychłowski (Lwów): Porody po cięciach cesarskich. 20) Ten sam: Wyniki lecznicze w przypadkach raka szyjki macicy (na podstawie materiału Kliniki Lwowskiej). 21) Dr Dubicki (Lwów): Próba biologiczna z płynu mózgowo-rdzeniowego jako metoda rozpoznawcza nabłoniaka kosmówkowego i zaśniadu groniastego. 22) Dr Jabłoński i Dr Meisels (Lwów): Wartość rozpoznawcza urografii w przypadkach łożyska przodującego. 23) Dr Jabłoński (Lwów): Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych w połogu. 24) Dr Atlas (Lwów): Wyniki lecznicze w przypadkach krwawień trzeciego okresu porodowego (na materiale Kliniki Lwowskiej). *Dr Zbigniew Rychłowski* w. z. Sekretarz Sekcji.

Program kursu dla lekarzy wolnopraktykujących ubezpieczalni społecznych, samorządowych i państwowych z zakresu poradnictwa przedślubnego, który odbędzie się dnia 6, 7, 8 i 9 maja 1937 roku w siedzibie Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w Warszawie, ul. Nowy Świat 1. Wpisowe 5 zł. Otwarcie kursu dnia 6 maja o godzinie 16. — Czwartek, 6 maja: godz. 17—19: Dr med. Leon Wernic, prezes Tow. Eugenicznego: Co to jest eugenika, genetyka, eugenetyka. — Piątek, 7 maja: godz. 10—11: Prof. Eugenia Stołyhwo: O rasach i typach antropologicznych w Polsce i Europie; godz. 11—12: Prof. Eugenia Stołyhwo: Najnowsze pojęcia o konstytucji fizycznej człowieka; godz. 12—14: Prof. Maria Skalińska: Podstawy genetyki nowoczesnej; godz. 17—18: Sędzia Kazimierz Fleszyński: W sprawie ustawodawstwa eugenicznego; godz. 18—19: Mag. praw Mieczysław Lucius: Eugenika a nowe prawo kanoniczne. — Sobota, 8 maja: godz. 9—10: Doc. Tadeusz Zawodziński: O bezpłodności u kobiet; godz. 10—11: Płk. Stefan Rudzki: Gruźlica a dziedziczność; godz. 11—12: Dr Henryk Szpidbaum: O dziedziczeniu chorób; godz. 12—13: Dr Jan Nowakowski: Poradnictwo przedślubne u nas i za granicą; godz. 15—16: Dr Grzywo-Dąbrowska: Lekarz szkolny a zagadnienie eugeniki; godz. 16—17: Dr Jerzy Szpakowski: Zagadnienie bliźniąt; godz. 17—18: Dr Ksawery Sieńko: Choroby weneryczne a bezpłodność. — Niedziela, 9 maja: godz. 10—11: Dr Tadeusz Welfle: Kiła jako czynnik zwyrodnienia; godz. 11—12: Dr Ryszard Dreszer: O dziedziczeniu chorób psychicznych; godz. 12—13: Płk. Dr Jan Nelken: Narkomania a zwyrodnienie; godz. 13—14: Doc. Gustaw Bychowski: Zboczenia płciowe a dziedziczenie; godz. 16—17: Prof. Władysław Melanowski: O dziedziczeniu zaburzeń narządu wzroku; godz. 17—18: Dr Jan Posmykiewicz: O dziedziczeniu zaburzeń słuchu; godz. 18—19: Dyr. Dr Henryk Szczodrowski: Choroby weneryczne a poradnictwo przedślubne. Zakończenie: Przemówienie przewodniczącego sekcji propagandy. Dopuszczalne uzupełnienia i zmiany.

Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne ogłasza konkurs na dwa stypendia z funduszu ś. p. prof. Rosnera. O stypendia ubiegać się mogą lekarze, posiadający prawo praktyki, pracujący w jednym z krakowskich zakładów położniczo-ginekologicznych. Podania zaopiniowane przez kierowników zakładów wnosić należy do dnia 30 kwietnia b. r., do Zarządu Krakowskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Przyznanie stypendiów po 120 zł nastąpi na Walnym Zgromadzeniu w dniu 4 maja b. r.

Konkurs na pracę naukową z zakresu ziołolecznictwa. Polski Komitet Zielarski ogłasza konkurs na najlepszą pracę naukową z dziedziny ziołolecznictwa z nagrodą 500 (pięćset) złotych, ofiarowaną przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Warunki konkursu: 1. Przedmiotem pracy winny być oryginalne, własne spostrzeżenia wpływu stosowania ziół leczniczych pochodzenia krajowego, poparte odpowiednimi badaniami pracownianymi z uwzględnieniem istniejącego piśmiennictwa. 2. Zgłaszać należy jedynie prace dotychczas nie ogłoszone, w maszynopisie, pod adresem: Polski Komitet Zielarski (Warszawa, ul. Długa 16) do dnia 1 marca 1938 roku. Sąd konkursowy składać się będzie z przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej i uproszonych przez Zarząd Polskiego Komitetu Zielarskiego kierowników klinik i zakładów uniwersyteckich J. Piłsudskiego, oraz ordynatorów szpitalnych, z wyłączeniem jednak tych kierowników, z których oddziałów pochodzą zgłaszane prace.

Sprostowanie.

W Nr 12. P. G. L. z 21 marca b. r. w artykule Doc. Dr H. Reissa (strona pierwsza, szpalta II, wiersz 45) wkradła się przez przeoczenie pewna nieścisłość co do określenia alergii. Jakkolwiek w artykule tym wspomniano o tej sprawie zupełnie mimochodem, to jednak ze względów zasadniczych należy w tym miejscu ową nieścisłość sprostować. Odpowiednie zdanie ma zatem brzmieć:

„Nazwa alergii wywodzi się od greckiego ἄλλως = inaczej, i od τὸ ἔργον = zdziałanie, praca dokonana. W ten sposób słowo alergia cznacza inne, zmienione działanie bodźca".

Redakcja otrzymała:

E. Chabrol: Doctrines thermales. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 35 fr.

B. Utasondo: Les gastropathies des syphilitiques. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 32 fr.

H. Bonnet i A. Névot: Travaux pratiques de bactériologie. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 38 fr.

G. Canuyt: Les maladies du pharynx. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 200 fr.

J. Braine i R. Rivoire: Chirurgie des glandes parathyroïdes. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 45 fr.

P. Hauduroy, G. Ehringer, A. Urbain, G. Guillot i J. Magrou: Dictionnaire des bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 140 fr.

A. Austregesillo: L'analyse mentale en pratique médicale. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 18 fr.

A. Ravina: L'année thérapeutique, année 1936. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 20 fr.

H. Hirschfeldowa: Zagadnienia konstytucjonalizmu w chorobach zakaźnych wieku dziecięcego. Polskie monogr. i wykł. klin. z dziedziny pediatrii XXXVIII—XXXIX. Warszawa 1937.

R. Stankiewicz: Zgorzel płuc u dzieci. Polskie monogr. i wykł. klin. z dziedziny pediatrii XL—XLI. Warszawa 1937.

R. Poplewski: Świat ssaków. Książnica-Atlas. Lwów—Warszawa. 1937. Cena: 20 zł.

Polski Związek Przeciwgruźliczy. VI Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy, Pamiętnik. Wilno 31. V. — 2. VI. 1936. Pod redakcją M. Grodeckiego. Warszawa.

P. Diepgen: Hippokrates oder Paracelsus z Hippokrates-Verlag. GMBH. Stuttgart-Leipzig 1937. Cena: 1.80 RM.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.